

THÈSE

20

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

Le 27 Octobre 1898, à 1 heure

Kystes pelviens de l'Ovaire ET ACCOUCHEMENT

CONDUITE A TENIR PENDANT LE TRAVAIL

PAR

Donatien JALABER

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS



VANNES

IMPRIMERIE LAFOLYE

—
1898

THÈSE

20

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

Le 27 Octobre 1898, à 1 heure

Kystes pelviens de l'Ovaire ET ACCOUCHEMENT

CONDUITE A TENIR PENDANT LE TRAVAIL

PAR

Donatien JALABER

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS



VANNES

IMPRIMERIE LAFOLYE

1898

A MA FEMME

A MON PÈRE, A MA MÈRE

affectueux hommage.

A LA MÉMOIRE BIEN CHÈRE
DE MON ONCLE ET MAÎTRE
LE DOCTEUR THÉOPHILE LAENNEC

*Chevalier de la Légion d'Honneur, directeur de l'École de Médecine de Nantes,
professeur de Physiologie.*

A MON ONCLE
LE DOCTEUR ATTIMONT

Médecin des Hôpitaux de Nantes, chevalier de la Légion d'Honneur.

A M. LE DOCTEUR ANDRÉ PETIT

Médecin à l'Hôpital de la Pitié.

A MON EXCELLENT AMI
LE DOCTEUR HENRY VIAUD-GRAND-MARAIS

A MON VÉNÉRÉ MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR Félix GUYON

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,

Chirurgien de l'hôpital Necker

Membre de l'Institut (Académie des Sciences) et de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur.

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux, à la première page de ce travail, de pouvoir exprimer notre reconnaissance à nos Maîtres de Paris et de Nantes. Leur science nous a instruit, leur exemple nous a fait aimer la médecine. Qu'il nous soit permis d'inscrire tout d'abord le nom de notre vénéré Maître, Monsieur le Professeur Guyon. En nous faisant la faveur d'une place d'externe dans son service, il nous a donné de profiter dans une large mesure de l'excellent enseignement clinique qu'il a créé à Necker et dont il est devenu le chef d'école si autorisé. En acceptant aujourd'hui de présider à notre thèse, il nous donne une nouvelle preuve de l'extrême bienveillance et du haut intérêt qu'il accorde à tous ses élèves. Ses dignes collaborateurs, et spécialement Monsieur le professeur Albarran, ont droit aussi à la vive gratitude que nous leur garderons.

Dans le service de Monsieur le docteur André Petit, nous avons été admirablement initié à la pratique médicale. Nous tenons à dire notre vive reconnaissance à ce Maître; de ses

utiles leçons autant que de sa parfaite amabilité nous conserverons le meilleur souvenir.

Merci encore à nos *Maîtres des Hôpitaux* et de l'*Ecole de Nantes*, et à *Messieurs Toupet, Guinon et Boulloche*, dont nous avons suivi les services comme externe à *Paris*.

Nous voulons maintenant remercier ceux dont l'aimable bienveillance nous a aidé dans ce travail. Que *Messieurs les professeurs Budin et Maygrier* et *Monsieur le docteur Porak*, veuillent donc agréer l'hommage de notre reconnaissance. *Monsieur le docteur Dubrisay*, chef de la clinique *Tarnier*, et notre compatriote et ami *Brindeau*, nous ont largement accordé d'utiles conseils et un précieux concours : nous aimerons à nous le rappeler.

Enfin, nous ne voulons pas oublier la façon si gracieuse dont notre cher *Maitre*, *Monsieur le professeur Guillemet*, de *Nantes*, s'est mis à notre disposition pour faciliter nos recherches bibliographiques,

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Parmi les causes de dystocie, l'une des moins étudiées est certainement celle due à la présence des kystes ovariens dans le pelvis.

A peine si, dans les *Traité d'Obstétrique*, quelques lignes sont consacrées à cette question. Faisons exception cependant pour le *Traité de l'art des accouchements des professeurs Tarnier et Budin*.

Dans le tome III récemment paru, la collaboration de M. Maygrier a réservé un chapitre très complet et très scientifique aux dystocies par tumeurs de l'ovaire.

Les faits observés sont rares, à la vérité, mais ils sont souvent d'un très grand intérêt et toujours instructifs.

Les circonstances qui accompagnent chaque cas, modifient leur aspect de façons très diverses et très complexes, malgré certaines analogies ; et dans la pratique l'embarras devient très grand au point de vue du traitement à adopter.

De plus il ne faut pas perdre de vue que dans nombre

de cas, la tumeur n'a pas été soupçonnée avant le travail ; le praticien, appelé à ce moment, doit prendre d'urgence une détermination, intervenir sans aide et dans des conditions parfois fort défavorables. L'étude des observations paraît donc à ces différents points de vue devoir être très profitable.

Recueillir les faits, les classer, et faire ressortir les points les plus instructifs, se servir des exemples qui ne sauraient jamais être trop nombreux, ni trop explicites, pour en déduire non des règles absolues, mais d'utiles conclusions : tel est notre but.

La fréquence et trop souvent la gravité des complications survenues prouvent l'importance d'une intervention et d'une intervention à temps dans les cas de tumeurs ovariennes troublant la marche du travail. Compter sur les forces seules de la nature constitue non seulement un danger dans la plupart des cas ; mais cette temporisation laisse s'écouler le moment propice pour intervenir et rend plus difficiles et plus graves les moyens que la nécessité force d'entreprendre. Savoir pourquoi, quand, comment on doit intervenir, est donc un sujet assez important pour que nous ayons cru devoir limiter notre travail à la conduite à tenir pendant l'accouchement seul.

La question de l'intervention pendant la grossesse mieux étudiée et d'ailleurs moins controversée, depuis les beaux succès des ovariétomistes, sera donc complètement laissée de côté.

Parmi les tumeurs de l'ovaire, les plus fréquentes étant les kystes ; ce sont eux surtout que nous aurons en vue et

l'accouchement n'étant ordinairement dystocique qu'autant qu'ils sont enclavés dans le petit bassin : nous ne nous occuperons pas de ceux qui se développent du côté de la cavité abdominale.

On comprendra, que nous ne soyons pas remonté au-delà de l'année 1886 ; la thèse de Remy si complète et si documentée relate mieux qu'on ne le pourrait faire tout ce qui concerne notre sujet depuis cette époque.

HISTORIQUE

A tout point de vue l'histoire des kystes de l'ovaire est très moderne. Au point de vue plus spécial de leurs rapports avec l'accouchement, les documents intéressants ne datent guère que de ces dernières années ; l'antisepsie ayant autorisé et favorisé des interventions qui donnent des résultats beaucoup meilleurs qu'avant son apparition.

Précédant la thèse de Rémy, nous pouvons citer les noms de Schamber (1707), Døeveren, Baudelocque (1777), Burns, Park, Merrihan (1819), Blundell, M^{me} Lachapelle, Velpeau, Puchelt (1840), Hirsch (1854), Playfair (1867) Heiberg (1881), Lomer (1882), Nolting (1884).

Depuis 1886, nous trouvons comme travaux concernant notre sujet et d'après l'ordre chronologique : un article de Terrillon et Valat, dans les *Archives de Tocologie* de 1888.

En 1890, Acconci s'occupe dans sa thèse des kystes de l'ovaire en rapport avec les fonctions de la génération.

En 1892, Debaisieux fait au *Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de Bruxelles* une communication sur un kyste

de l'ovaire con pliquant le travail et opéré par la méthode de Porro.

Vinay, en 1893, dans les *Nouvelles Archives de Gynécologie et d'Obstétrique*, parle du traitement des kystes de l'ovaire chez la femme enceinte pendant la grossesse et pendant l'accouchement.

En 1894 : Article de Condamin dans les *Archives de Tocologie*.

Le travail de Flaischlen, de la même année, fournit des statistiques intéressantes. Citons encore Sanderson (*British Medical Journal*, 1894), Macks (*in Monatsschrift*, 1895), et une série d'observations de Rosner (*in Gynécologie*, 1895).

Mangin en 1896 (*la Gynécologie*) traite la question de l'origine des kystes dermoïdes. Sans s'occuper exclusivement des kystes de l'ovaire compliquant le travail, Dujardin (*Lille*, 1896) et Cocard (*Paris*, 1896) dans leur thèse consacrent un chapitre à cette question et en relatent quelques observations.

Holh (*in Arch. f. Gynækt.* 1896) parle du traitement des kystes pendant l'accouchement.

N'oublions pas les intéressantes conclusions formulées par Segond, dans le *Traité de Chirurgie* (Duplay et Reclus) ; par Ribemont-Dessaignes et Lepage, dans le *Précis d'Obstétrique* et par S. Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie* (3^e édition, 1897).

Tout récemment, en Angleterre, nous trouvons les observations de sir John Williams (*British Medical Journal*, 1897) : une communication de même ordre par Herbert Spencer à la Société obstétricale de Londres 1897 ; enfin

et surtout le rapport si documenté, fait à la même Société, par M. R. G. Mac-Kerron. Dans ce travail sont réunis un très grand nombre de faits accompagnés de judicieuses remarques que l'auteur en déduit.

M. Mac-Kerron a eu l'amabilité de nous envoyer son travail et, comme excellents documents, nous renvoyons nos lecteurs à l'indication des cas recueillis dans ses tableaux.

En 1898, Finaz donne quelques conclusions pratiques sur la conduite à tenir pour éviter les accidents de torsion du pédicule dans le travail ou les suites de couches.

Cette année aussi, Treub, à la Société d'Obstétrique de Paris, a communiqué une intéressante observation.

Mentionnons l'article de Labadie-Lagrave et Legueu dans leur *Traité de Gynécologie*.

Enfin nous avons déjà dit avec quelle netteté, la question est mise au point par M. Maygrier : dans le *Traité d'accouchement des professeurs Tarnier et Budin*.

III

NOTIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

SUR LES

KYSTES DE L'OVAIRE

Situés dans le petit bassin.

Dans ce chapitre nous n'étudierons pas les kystes de l'ovaire d'origine folliculaire qui n'acquièrent jamais de grandes dimensions. Nous laisserons également de côté les kystes hydatiques de l'ovaire qui sont extrêmement rares. Dans la thèse d'agrégation de Rémy on trouve cité deux cas de kystes hydatiques coïncidant avec la grossesse (un cas de Fort et un du docteur Granville).

Nous diviserons avec Maygrier les kystes de l'ovaire : en kystes proligères ou prolifères qui sont ou glandulaires ou papillaires et en kystes dermoïdes. Avec lui aussi, nous confondrons avec les kystes de l'ovaire proprement dit, les kystes parovariques qui cliniquement se comportent de la même manière.

Beaucoup plus fréquents que les kystes dermoïdes, les kystes prolifères de l'ovaire sont de deux sortes, ou bien leur cavité est nettement circonscrite, contenant un liquide tantôt clair, tantôt de couleur brunâtre plus ou moins

filant ou visqueux. Cette poche est d'habitude multiloculaire ou pauciloculaire quelquefois uniloculaire. Tantôt, au contraire, les kystes prolifères de l'ovaire ont une forme diffuse. Cette forme est constituée par des tumeurs végétales ou kystes papillaires et a tendance à envahir les organes voisins.

Les kystes dermoïdes, plus rares que les précédents, sont considérés cependant par Maygrier comme « une complication relativement fréquente de la grossesse. »

Ces kystes, qui n'acquièrent jamais de grandes dimensions, sont le plus souvent uniloculaires et contiennent dans leur cavité une matière grasse jaunâtre, demi-solide, indépendamment de produits épidermiques tels que dents, os, tissus cartilagineux, etc...

Ces kystes dermoïdes, tout en étant plus rares que les kystes prolifères, sont plus fréquents pendant la grossesse que pendant l'état de vacuité de l'utérus.

La proportion des kystes dermoïdes par rapport aux autres tumeurs ovariennes pendant la gestation est d'après Maygrier de 36 %, tandis qu'elle n'est que de 3.3 % en dehors de la grossesse d'après Olshausen.

Les kystes de l'ovaire prennent naissance dans l'excavation ; les uns y demeurent toujours, d'autres la quittent et gagnent la cavité abdominale.

Des kystes abdominaux nous ne nous occuperons pas, nous étudierons seulement les kystes pelviens.

Quelles sont les conditions qui forcent le kyste à rester dans le bassin ?

Tout d'abord son volume.

Tant qu'ils sont petits ou de moyen volume, ils n'ont aucune tendance à quitter l'excavation, leur lieu d'origine. Les kystes dermoïdes, qui sont habituellement petits, resteront presque toujours pelviens.

Le déplacement du kyste dépend encore de deux autres causes : la longueur de son pédicule, et les rapports de la tumeur avec les organes voisins.

Le pédicule du kyste est cette portion rétrécie qui l'unit au bord supérieur du ligament large et qui lui sert à la fois de « moyen de fixité et de moyen de nutrition. » Plus ce pédicule sera long, plus la mobilité sera facile : si au contraire le pédicule s'étale surtout en largeur, la tumeur devenant presque sessile, elle n'aura que peu ou pas de tendance à sortir du pelvis. Puis le kyste peut adhérer aux organes voisins (paroi ou viscères), à l'aide de brides qui deviennent denses et serrées. De la présence de ces adhérences ou de leur absence dépendra encore la fixité ou la mobilité de la tumeur. Toutes ces conditions anatomiques influent beaucoup sur la facilité et l'efficacité des interventions.

Les statistiques suivantes donnent une idée de la fréquence relative des différentes variétés anatomiques de tumeurs ovariennes ayant compliqué le travail.

Sur les 183 cas réunis de Playfair et Mac-Kerron : en 70 cas, les caractères anatomiques de la tumeur restèrent indéterminés ; en 49, il s'agissait de kystes multiloculaires ; en 46, de kystes dermoïdes (dont 1 double) ; en 9, de tumeurs malignes ; en 5, de fibromes ; en 2, de kystes colloïdes ; en 1, de fibro-kyste ; en 1, d'adéno-kyste : enfin 12 fois l'autre ovaire fut trouvé malade en même temps.

IV

FRÉQUENCE DES KYSTES DE L'OVAIRE

constatés pendant le travail.

Les kystes ovariques pelviens dont la présence est constatée pendant le travail sont très rares. Nous en donnerons comme preuve le peu d'observations que nous avons pu recueillir sur un très grand nombre d'accouchements, grâce aux registres que la bienveillance de M. le professeur Budin et de M. le Dr Porak a bien voulu mettre à notre disposition.

Nos recherches ont passé en revue :

1° Les registres de la maternité de Saint-Louis de 1883 à 1889 inclusivement, soit 1100 à 1200 accouchements par année; sans un cas concernant notre sujet.

2° Les registres de Lariboisière de 1890 à 1894 inclusivement, soit en moyenne 1800 à 2000 accouchements par an; ils ne nous ont fourni qu'une observation.

3° Toute la collection de la clinique Tarnier de 1886 à 1898; soit 1500 à 1800 accouchements par an, nous n'avons pas trouvé un seul fait.

4° Enfin à la Maternité clinique²² de 1887 à 1898, avec une moyenne de plus de 2000 accouchements par an dans

les dernières années, nous n'avons recueilli que quatre observations, *soit pour le tout une moyenne de un cas par 11.000 accouchements.*

Fait curieux, mais peut-être sans grande valeur, en parcourant attentivement les publications et revues de Gynécologie et d'Obstétrique, nous avons été frappé de la fréquence relative des observations sur ce sujet recueillies à l'étranger (Angleterre, Etats-Unis, Allemagne¹.)

¹ Nous avons écrit cette remarque quand la statistique suivante nous est tombée sous les yeux.

Sur 17832 accouchements à la maternité de Berlin, Fleischlen a trouvé cinq cas de dystocie par tumeurs ovariennes.

V

DIAGNOSTIC

Sans nous étendre sur ce chapitre, nous signalerons les difficultés que présente le diagnostic des kystes de l'ovaire situés dans le petit bassin.

Pourtant il serait d'une grande utilité, au point de vue pratique de l'accouchement, de pouvoir reconnaître la tumeur pendant la grossesse et de préférence dans les premiers mois.

Il est loin d'en être ainsi et les statistiques de Mac-Kerron montrent que, dans 18 %, seulement des cas, l'existence du kyste fut reconnue avant le début du travail et, ajoute-t-il « ce n'est que dans un nombre très restreint de ces cas que des symptômes spéciaux ont pu mettre sur la voie du diagnostic. » « La situation même du kyste dans le petit bassin implique sa petitesse et le peu de troubles qu'il cause. » De là l'impossibilité relativement fréquente d'employer le traitement préventif : ovariectomie pendant la grossesse : opération césarienne avant le début du travail. » (*Sir John William*).

Des phénomènes de tension dans le petit bassin, des

douleurs lombaires et sacrées, des difficultés dans la miction et la défécation sont, dit Vinay, des signes qui doivent faire soupçonner un kyste.

L'exploration par le palper et le toucher et surtout par leur combinaison (*palper bimanuel*) donnent les meilleures indications.

Ne pas oublier de demander aussi au toucher rectal des renseignements utiles.

La présence, ordinairement dans le cul de sac de Douglas d'une tumeur arrondie, fluctuante, indolore et plus ou moins mobile sont des caractères d'une haute valeur : mais il est rare qu'ils se présentent avec netteté.

Trop souvent la fluctuation est nulle, le kyste est fortement tendu, les parois trop épaisses ; ou bien le contenu de la tumeur est plus ou moins solide. Les kystes dermoïdes présentent spécialement ces difficultés. Comme caractères, en leur faveur, Vinay signale la rénitence, l'inégalité de consistance et l'ancienneté des douleurs. Fochier rappelle en outre que certains kystes remplis de matière sébacée ont la consistance du mastic et gardent l'empreinte du doigt.

Une tumeur ovarique sentie dans le cul de sac de Douglas a plusieurs fois été prise pour un utérus gravide en rétroversion. L'exploration bimanuelle est la meilleure méthode pour constater l'indépendance des deux tumeurs.

La consistance, parfois très dure des kystes, rend surtout très difficile leur diagnostic : dans un cas Baudelocque crut à une exostose du bassin.

La confusion est surtout possible et fréquente avec les

tumeurs fibreuses pelviennes. « Ces dernières ramollies par le fait de la gestation ressemblent à s'y méprendre à des tumeurs fluctuantes : les kystes au contraire, comprimés et tendus surtout au moment du travail, prennent, une consistance dure qui fait croire à une tumeur solide. » (*Maygrier*, .

En la recherchant dans l'intervalle des douleurs, il sera souvent plus facile de sentir la fluctuation.

La ponction exploratrice avec un appareil aspirateur éclairera dans les cas douteux : mais elle restera inefficace encore dans bien des cas, spécialement quand il s'agira de kystes dermoïdes. Le trocart chauffé employé par Fochier dans un de ces cas n'est pas un procédé passé dans la pratique.

Signalons encore les confusions possibles avec l'hémato-cèle, la grossesse extra-utérine ou avec les tumeurs d'autres organes descendus dans le pelvis. Des kystes hydatiques du foie ont été ainsi cause de dystocie et ont nécessité une ponction. Nous en avons trouvé un cas de M. Pinard dans les registres de la clinique Tarnier.

Pour compléter le diagnostic, il faudra chercher à fixer la nature et le siège exact de la tumeur ovarique, sa consistance plus ou moins liquide ou partiellement solide et les adhérences qu'elle a contractées avec les parties voisines. Tous ces éléments sont en effet d'un grand intérêt pour le choix de l'intervention et le pronostic de l'accouchement.

VI

INFLUENCE

DES TUMEURS OVARIQUES PELVIENNES

SUR LE TRAVAIL

Marche et terminaison de l'accouchement.

Rémy parle de l'influence des kystes pelviens sur les présentations du fœtus et conclut d'après quelques observations qu'elles sont à peu près ce qu'elles seraient sans cette complication.

Acconci, dans sa thèse, croit au plus grand nombre de présentations vicieuses dans ces cas. Il discute aussi l'action que les kystes peuvent avoir sur la contraction et dit qu'il se passe là ce qui se passe dans tous les cas où un obstacle s'oppose à l'engagement du fœtus. L'utérus lutte contre l'obstacle : alors le muscle utérin s'épuise, parfois même il cède et se rompt.

Rémy relève deux cas de rupture de l'utérus avec mort de la mère (*Lee et Goldson*, p. 83).

Playfair en a deux dans sa statistique, dont un avec mort (*Ward*) et un avec guérison de la mère (*Nathan*).

L'inclinaison utérine causée par la tumeur peut quelquefois, déviant l'effort des contractions, rendre plus long l'accouchement (*Stoltz*).

Mais ce que nous voulons surtout étudier ici, c'est le temps de l'expulsion et les diverses façons dont se peut terminer l'accouchement.

Sur 89 accouchements compliqués de tumeurs ovariennes engagées dans le bassin, Rémy n'a relevé que 29 terminaisons sans intervention, soit 1 cas sur 3 environ.

Sur les 183 cas réunis par Mac-Kerron, l'accouchement s'est effectué 35 fois spontanément, soit 1 pour 5 environ. Sur ces 183 derniers cas, 12 mères moururent, et, parmi les 175 enfants dont le sort fut connu, il y eut 16 décès.

Par quel mécanisme se fait l'accouchement spontané? M. Maygrier a très bien résumé cette question.

Tout d'abord, en cas d'assez petit volume de la tumeur et du fœtus, l'accouchement pourra ne présenter aucune difficulté, l'aire pelvienne restant suffisante.

Mais, lorsque la tumeur est trop grosse pour permettre l'engagement du fœtus, l'expulsion spontanée n'est possible que d'une des quatre manières suivantes :

Réduction spontanée de la tumeur pendant le travail.

Aplatissement.

Rupture du kyste.

Descente du kyste devant la partie fœtale.

Les conditions qui favorisent la *réduction spontanée* sont : la mobilité du kyste et une longueur de pédicule suffisante pour lui permettre de subir un mouvement d'ascension et laisser la place à la partie fœtale qui se présente.

Pour Olshausen, les meilleures conditions sont un contenu liquide avec une paroi souple et molle permettant un

changement de forme de la tumeur et son retrait au-dessus de l'excavation.

Heiberg cite trois faits : (*Spärth* , *Bellscier* , *Thompson*) , *Th. Rémy*, p. 89.

On en peut trouver un cas parmi les observations inédites que nous publions (*Obs. IV*).

L'aplatissement exige le plus souvent que la tumeur soit molle et dépressible, ce que l'on ne constate que rarement : car le kyste, pressé de tous les côtés pendant l'accouchement, tend plutôt à prendre la consistance de tumeur solide. Rémy cite le fait d'un kyste dermoïde gros comme le poing ainsi réduit. Deux de nos observations inédites (I et III) sont des exemples d'aplatissement pendant le travail.

Rupture du kyste. — Elle peut avoir lieu du côté de l'abdomen et le contenu se déverse dans le péritoine. D'autres fois c'est par le vagin ou le rectum qu'elle se fait. Les statistiques très précises de Playfair et Mac-Kerron signalent 15 cas de rupture du kyste, accompagnés 9 fois de mort de la mère.

Mais, dans les deux tiers des exemples cités, cet accident n'arriva qu'après des manœuvres d'intervention.

Voici d'ailleurs le détail des observations :

Dans 5 cas, rupture spontanée après un long travail : 2 morts.

Dans 1 cas, rupture pendant le toucher vaginal : mort.

Dans 3 » , » » les tentatives de refoulement : 2 morts.

Dans 1 » , » » » de version : 0 mort.

Dans 3 » , » » les tractions avec forceps : 3 morts.

Dans 2 » , » » la craniotomie : 1 mort.

Descente de la tumeur devant la partie fœtale. — C'est ce qu'on désigne encore sous le nom d'accouchement de la tumeur et ce que Playfair appelait « *A natural ovariotomy.* »

Dans ces cas la tumeur ovarienne perfore le vagin et s'échappe avant ou après le fœtus : parfois elle est poussée du côté du rectum et déchire la cloison recto-vaginale.

Ici encore, plus que pour la rupture du kyste, c'est après des essais d'intervention, en particulier avec le forceps, qu'on a constaté cet accident singulier. Nous ne savons pas qu'il se soit produit spontanément.

En nous reportant aux statistiques de Mac-Kerron et de Playfair, nous trouvons cinq exemples de cette ovariotomie naturelle. En 2 cas la tumeur passa par le rectum : une fois pendant le travail, la femme guérit : une autre fois après la sortie de l'enfant, la femme mourut.

En 3 cas, ce fut à la vulve qu'apparut la tumeur.

1 fois pendant les tractions au forceps.

1 » avec le placenta.

1 » quelques heures après la naissance.

Ces deux derniers cas furent suivis de mort.

« L'intérêt de ce fait, ajoute Mac-Kerron, réside dans l'appui qu'ils apportent à la facilité d'exécution de l'ovariotomie vaginale pendant le travail.

Mais, comme nous le disions en commençant, dans la majorité des cas l'accouchement n'a pas lieu spontanément.

Les dernières statistiques donnent une proportion moins grande encore que celle de Rémy ; ce qui tient, sans doute, à l'application de ce principe dont nous nous

occuperons tout à l'heure : qu'il vaut mieux une intervention précoce qu'une abstention prolongée. La méthode des bras croisés présente souvent des dangers pour la mère et pour l'enfant.

Quelles sont donc les interventions employées pour terminer l'accouchement ?

Nous ne parlerons pas de l'avortement provoqué ni de l'accouchement prématuré artificiel ; cette pratique vantée autrefois par Barnes, mais délaissée aujourd'hui, rentre plutôt dans le traitement des kystes ovariens pendant la grossesse.

Nous allons passer en revue brièvement les diverses méthodes d'intervention, en nous contentant d'appuyer la fréquence de leur emploi, par les statistiques que nous avons sous les yeux.

Dix procédés peuvent être successivement examinés ; selon les circonstances ils peuvent être employés isolément ou combinés.

Ce sont :

- 1° Le refoulement.
- 2° La ponction.
- 3° L'incision.
- 4° La version.
- 5° Le forceps.
- 6° L'embryotomie et la Craniotomie.
- 7° Césarienne Hysterectomie totale et opération de Porro.
- 8° Ovariectomie abdominale.
- 9° Ovariectomie vaginale.
- 10° Symphyséotomie.

Refoulement. — Cette opération fut conseillée par Baudelocque, à la suite d'un fait observé par lui. En faisant des tentatives de version, dans un cas de tumeur située dans le petit bassin et s'opposant à l'accouchement, il s'aperçut qu'elle se laissait refouler en haut.

Rémy sur 74 femmes a trouvé le refoulement tenté pendant le travail dans 31 cas : 21 fois avec succès, 10 fois seulement sans succès : soit 28 % de bons résultats.

Sur les 183 observations réunies de Playfair et Mac-Kerron, dans 60 cas il a paru impossible de déplacer la tumeur; mais dans 41 autres, au contraire, le refoulement a été effectué avec succès. « Encore, ajoute Mac-Kerron, ces résultats seraient-ils plus nombreux, si la tentative avait plus souvent été faite. » La technique et l'emploi de ce procédé se sont d'ailleurs améliorés : nous en trouvons la preuve dans ce fait que les statistiques de Playfair ne donnent que 10,5 % de refoulement avec succès tandis que la moyenne de notre propre statistique est de 28 %. (*Mac-Kerron*).

Parmi les 41 cas réunis par Mac-Kerron, nous trouvons deux cas de refoulement effectué par le rectum, dont un avec le secours de la position genu-pectorale.

Après le refoulement, l'accouchement s'effectua spontanément dans 22 cas : dans 7 autres on employa le forceps, dans 2 la version. Enfin cinq fois la tumeur fut enlevée avec un plein succès pendant les suites de couches ou plus tard.

Comme pronostic nous trouvons les chiffres suivants :

Jetter :

Mères, 3 mortes 20 vivantes

Enfants, 5 morts 13 vivants

Playfair :

Mères, 1 morte 5 vivantes

Enfants, 2 morts 4 vivants

Rémy :

(à exclure un décès dû à une néphrite concomittante)

Mères, 4 mortes 14 vivantes

Enfants, 1 mort 16 vivants

Mac-Kerron :

Mères, 5 mortes 30 vivantes

Enfants, 5 morts 16 vivants, 6 à sort inconnu.

Dans la mortalité maternelle de cette dernière série, il faut noter : une éclampsie, une fièvre puerpérale pendant une épidémie, une tumeur maligne ayant causé le travail prématuré. Il ne reste donc que deux cas de mort due au traitement, encore est-il spécifié que de longues tentatives de refoulement furent faites sans succès, d'abord dans ces deux cas.

Ponction et incision.

Nous ne discuterons pas la valeur de ces procédés, non plus que celle de tous les autres, réservant cela pour notre prochain chapitre.

Nous ne parlerons ici que de l'emploi fait de ces diverses méthodes.

Jetter : Mères, 6 mortes 11 vivantes.

Enfants, 5 morts 4 vivants.

Playfair cité par Rémy :

Mères, 6 mort 9 vivantes.

Enfants, 3 morts 6 vivants.

Ces chiffres, dit Rémy, sont faits pour donner confiance dans ce procédé. Après le refoulement, c'est donc à la ponction qu'on doit s'adresser de préférence.

Pour apprécier les statistiques, il faut tenir compte de divers éléments qui malheureusement ne sont pas toujours mentionnés. Ainsi dans certains cas, la ponction est suivie d'autres interventions : forceps, version, etc., qui peuvent avoir une large part dans la mortalité.

La statistique de Playfair ne comporte, dit Rémy, que des cas de ponction non combinée : elle n'en a donc que plus de valeur.

En outre, comme le fait remarquer Mac-Kerron, il est juste de tenir compte de ce que furent les suites de couches pour juger un procédé employé.

Voici les résultats des faits de Playfair réunis par Mac-Kerron et ajoutés aux siens propres.

Sur 43 cas de ponction ou incision, il y eut 8 morts de la mère et 24 de l'enfant.

Ils se répartissent ainsi :

37 ponctions par le vagin.

3 — par le rectum.

3 incisions vaginales dont 1 mort.

La mortalité générale après la ponction fut de 18. 6^oo.

La ponction fut suivie : du forceps dans 11 cas, dont 1 mort; de la craniotomie dans 8 cas, dont deux morts; de la craniotomie après forceps infructueux dans trois cas, dont 1 mort; de la version dans un cas qui fut mortel.

La convalescence, notée dans 18 observations, fut peu satisfaisante dans 15 cas.

Version. — Peu favorable dans ses résultats, la ponction a cependant été faite dans un certain nombre de cas :

Dans Rémy on trouve déjà la statistique de Jetter :

7 mères vivantes pour 8 morts.

1 enfant vivant pour 11 morts; et celle de Playfair :

1 mère vivante pour 4 morts.

1 enfant vivant pour 4 morts.

Rémy y ajoutait 3 cas, dont 1 mortel pour la mère et l'enfant; 1 autre mortel pour l'enfant seul, et 1 dernier d'Ayrolles où la mère et l'enfant furent sauvés; mais ce beau résultat fut dû à une réduction spontanée de la tumeur pendant les tractions.

Pour cette intervention et pour celles que nous allons énumérer à la suite, il faut répéter ce que nous disions à propos de la ponction : les statistiques ne peuvent être précises qu'à condition qu'on spécifie bien; si l'intervention a été simple ou combinée et si, pendant le *post partum*, il n'est pas survenu d'accidents pouvant s'y rapporter.

Voici les tables de Mac-Kerron sur la version :

Dans 17 cas où la version fut le seul traitement employé,

il y eut une mortalité de : 6 pour les mères et de 10 pour les enfants (non compris trois enfants à sort inconnu).

Cinq fois la convalescence put être suivie. Dans quatre cas elle fut traînante et fébrile, et nécessita l'enlèvement de la tumeur quelques mois après. Dans le dernier cas, la femme mourut à la fin de l'année par suite de l'augmentation et de la suppuration du kyste.

Les cas, où la version fut combinée avec d'autres manœuvres, ne furent guère plus favorables. Sur trois cas, dont un après ponction, deux après refoulement, il y eut trois fois mort de la mère et de l'enfant.

Forceps. — Les résultats doivent rendre encore cette intervention très réservée. Rémy a collecté les observations de vingt applications de forceps; les résultats furent les suivants : la mortalité maternelle totale fut de $7 = 35\%$: la mortalité des enfants fut aussi de $7 = 35\%$.

En approfondissant les observations citées par Rémy dans ce tableau, nous trouvons que le forceps fut employé seul 10 fois, avec 3 morts de la mère et 0 mort de l'enfant.

Dans les autres fois il ne peut suffire et la craniotomie intervint 4 fois, la ponction 7 fois, l'incision 2 fois.

Les causes de la mort furent :

- 4 fois la rupture du kyste suivie de péritonite,
- 1 fois l'épuisement.
- 1 fois la suppuration du kyste, ovariectomie, septicémie.
- 1 fois l'expulsion du kyste par une déchirure vaginale.

Dans l'ensemble des cas réunis dans la thèse de Rémy, le forceps serait donc préférable à la version.

Des faits de Mac-Kerron, ne se déduit pas la même vérité.

En effet, sur 14 cas où le forceps fut le seul traitement qu'on crut possible d'appliquer, il y eut 8 morts de la mère et seulement 4 survies connues de l'enfant. Encore la convalescence des mères qui survécurent fut-elle toujours très précaire; deux fois elle nécessita l'ablation de la tumeur, pendant la puerpéralité.

Deux fois, le kyste se rompit pendant les tractions et, dans les deux cas, la rupture fut suivie de la mort de la mère.

Deux autres fois la tumeur s'échappa par des déchirures du vagin.

Combinées à d'autres mesures, nous trouvons 22 applications de forceps, dont 7 après refoulement, 15 après ponction, 3 infructueuses nécessitant la craniotomie,

Embryotomie et Craniotomie.

Même avec leurs indications spéciales, dont la principale est la mort du fœtus, nous verrons cependant que ces opérations ne donnent pas de résultats très encourageants. La statistique de Jetter donne 7 morts sur 8 cas. Celle de Playfair et celle de Mac-Kerron réunies comportent 18 cas; 10 mères vécurent, et sur 7 d'entre elles, dont on a pu suivre la convalescence, 4 eurent des suites de couches peu satisfaisantes.

Ces statistiques ne comportent que des cas d'embryotomie employée seule.

Les mêmes auteurs ont relevé 1 cas d'embryotomie après refoulement, l'enfant étant mort; et 11 cas après ponction, dont 3 mortels pour la mère.

Césarienne, Hystérectomie, Porro.

Rémy, dans sa thèse, en citait déjà 8 cas :

7 Césariennes, dont 6 morts et 1 douteux pour les mères, et 5 enfants vivants et 1 douteux.

1 Porro. Résultats ?

Playfair cite un cas, avec mort de mère et d'enfant.

Mac-Kerron en a recueilli 9 cas. dans tous l'opération ne fut faite qu'après un travail très prolongé : 7 cas de Césarienne proprement dite et datant d'avant 1880 ; dans ces 7 cas toutes les mères moururent et 4 enfants furent sauvés. Dans deux cas, datant de 1895 et 1897, la césarienne fut complétée par l'hystérectomie et l'ablation des annexes ; et dans ces deux cas, mère et enfant furent sauvés.

Ajoutons à cela le cas de Debaisieux (1890) et celui de Pinard (1891) ; dans ces deux cas, l'opération de Porro fut pratiquée avec heureux résultat pour la mère et l'enfant.

Nous avons cité les dates à dessein pour montrer les progrès faits, quant aux résultats de ces interventions, pendant les dernières années.

Ovariectomie abdominale.

Nous n'avons à citer que 4 cas d'ovariectomie abdominale entreprise au moment du travail.

Trois sont de sir John Williams.

Le premier date de 1884 et fut suivi de succès : nous le trouvons mentionné, sans analyse, dans la thèse de Co-card ; mais peut-être n'est-il autre qu'un des deux suivants publiés par l'auteur en 1897 (CAVENDISH, *Lecture*).

Dans les deux observations dont nous donnons le résumé succinct, les deux mères furent sauvées et un seul enfant périt.

Le quatrième cas est celui d'Herbert Spencer, mentionné dans nos observations.

Ovariectomie vaginale.

Nous n'en avons trouvé que 3 cas, publiés par Mac-Kerron ; ils sont de date très récente et offrent de très beaux résultats, puisque dans les 3 cas la mère et l'enfant furent sauvés.

Ils sont de Rubesca 1895, Staude 1895, Rapin 1890.

Symphyséotomie.

Nous ne croyons pas que ce procédé ait été déjà employé pour les cas qui nous occupent.

VII

CONDUITE A TENIR PENDANT LE TRAVAIL

Choix de l'intervention.

Nous ne prétendons pas tracer ici une ligne de conduite bien déterminée : les circonstances dans lesquelles se présentent chaque cas sont tellement variables, qu'il semble impossible de poser de lois fixes.

Les opinions des auteurs qui se sont occupés de la question et les faits observés nous permettront de discuter la valeur et l'emploi des procédés passés en revue dans le précédent chapitre.

Une première question se pose : Faut-il intervenir, ou ne vaut-il pas mieux le plus souvent s'abstenir ?

« L'accoucheur, dit Rémy, doit toujours observer la nature qui vient à bout des plus grandes difficultés. Les résultats de l'observation doivent le guider dans les circonstances où il est appelé à intervenir. »

Nous avons vu, par quel mécanisme l'accouchement pouvait se faire spontanément : les quatre observations inédites que nous publions se rapportent à des cas de ce genre, et nous les avons relatées aussi complètement que possible.

Les résultats ont tous été favorables, car aucun enfant n'a péri et nulle complication n'est venue troubler les suites de couches.

Le petit volume de la tumeur, sa tendance à l'aplatissement ou à la réduction spontanée ont parfois encouragé à abandonner l'accouchement aux seules forces de la nature.

Mais, dans tous les cas, une expectation prolongée est un danger que l'on fait courir à la mère et à l'enfant.

« Quand on a acquis la certitude que l'expulsion spontanée ne peut avoir lieu, il faut agir. » (*Maygrier*).

Les anciens auteurs auraient volontiers laissé un plus grand rôle à la nature : ceux qui, plus récemment, se sont occupés de ce sujet, ont insisté sur les dangers de l'expectation.

Il est exceptionnel, dit M. Pozzi, que l'accouchement puisse s'effectuer sans intervention.

De graves accidents peuvent, en effet, survenir : compression par le passage du fœtus provoquant la suppuration du kyste ou sa rupture, suivies de péritonite plus ou moins grave : torsion du pédicule, rupture de l'utérus, etc.

La prolongation seule du travail, par suite de l'obstacle, peut causer l'épuisement de la mère ou constituer des risques d'asphyxie pour l'enfant.

Ces complications ne sont pas sans faits à l'appui.

Mac-Kerron attribue une grande partie de la mortalité d'autrefois à la pratique des anciens auteurs, qui comptaient trop sur les forces seules de la nature.

Nous serions très portés à conclure avec lui : « Le danger, somme toute, est suffisamment grand : il est alors

expressément indiqué de recourir aux méthodes artificielles, même dans les cas où, par son petit volume, la tumeur paraît ne devoir opposer qu'un obstacle insignifiant. »

Refoulement. — Tous les auteurs sont d'accord sur ce point : avant toute autre intervention, il faut essayer le refoulement de la tumeur. Rémy disait : « Il faut d'abord s'assurer de ce que peut faire la contraction utérine, autrement dit, il faut toujours commencer par l'expectation ; mais on ne perdra pas son temps, et, si une intervention paraît nécessaire, c'est au refoulement que l'on devra s'adresser en premier lieu. » C'est encore l'avis de Pozzi, Segond, Labadie-Lagrave, Legueu.

Mac-Kerron fait passer le refoulement avant tout, et précise le moment où il doit être tenté :

« Une fois le diagnostic posé, on devrait de suite essayer le refoulement. Il ne faut même pas attendre, selon le conseil habituel, que les membranes soient rompues. La diminution de volume de l'utérus qui suit l'évacuation du liquide amniotique peut quelquefois favoriser les tentatives de réduction ; mais l'élévation de la tumeur devra être effectuée aussi vite que possible. La dilatation deviendra plus rapide et plus facile, aussitôt l'obstacle disparu. »

Mac-Kerron, pour rendre plus évident ce danger d'attendre la rupture des membranes, cite les observations de Lahs et de Lomer où l'utérus menaça de se rompre.

Le refoulement est une opération assez douloureuse ;

on peut l'essayer sans chloroforme ; mais, si on ne réussit pas, il faudra essayer avec anesthésie complète.

La position genu-pectorale facilite quelquefois le résultat.

Avec un ou deux doigts ou même toute la main on cherche à refouler la tumeur en haut et vers un des côtés de l'angle sacro-vertébral.

Dans quelques cas, le refoulement par le rectum s'est montré préférable, et a pu réussir alors que le refoulement vaginal était resté sans succès.

Quand ces moyens échouent, on peut essayer le ballon de Barnes, etc. Dans un ordre d'idées voisins, on voit l'emploi d'un pessaire de Gariel pour maintenir la réduction effectuée.

Quoi qu'il en soit, on ne doit manœuvrer que pendant l'intervalle des douleurs, manœuvrer avec ménagement, et ne pas insister en cas de trop grandes difficultés.

Dans quelques faits, après des premières tentatives infructueuses, le refoulement céda à un taxis prolongé. Ce procédé n'est pas sans danger, plusieurs de nos observations le prouvent.

La rupture du kyste et une péritonite furent les conséquences d'un refoulement obtenu au prix d'efforts répétés (*Mac-Kerron*).

Mieux vaut n'effectuer le refoulement que lorsqu'il exige peu d'efforts.

Il est vrai qu'on a observé la rupture du kyste se produisant spontanément, sans emploi de la force. Tel est le cas de Duncan où elle se produisit lors d'un toucher vaginal.

Sans condamner pour cela le refoulement, il faut con-

clure à la douceur dans les tentatives : car l'inflammation du kyste, sa suppuration et tous les accidents consécutifs ont été imputables plusieurs fois à des pressions répétées.

Une fois le refoulement réussi, il faut empêcher la tumeur de redescendre, en aidant l'engagement de la partie fœtale et en activant la terminaison de l'accouchement.

Si l'expulsion spontanée semble difficile, on aura de suite recours à une autre intervention : forceps, version, ponction, voire même ovariectomie, pour compléter le résultat obtenu par la réduction de la tumeur.

« Lorsque toute tentative de refoulement a échoué, il y a toujours danger à ne pas intervenir immédiatement : on se guidera pour le choix d'un procédé sur les caractères et la consistance de la tumeur, sur la durée du travail, l'état de la mère et de l'utérus : tous facteurs importants dans la décision à prendre. » (*Mac-Kerron*).

Ponction. — Playfair préférerait la ponction au refoulement en s'appuyant sur la statistique dont nous avons parlé plus haut ; statistique qui, malheureusement ne tient pas compte des suites éloignées.

Nous croyons, au contraire, que c'est seulement après essai infructueux de refoulement qu'il faut avoir recours à la ponction.

Second conseille, après avoir tenté sans succès le refoulement, de faire soit la ponction abdominale, soit la ponction par le cul de sac vaginal postérieur.

Le contenu du kyste sera le principal élément de la réussite ou de l'échec de la ponction. Pratiquée par le vagin

avec un trocart suffisamment gros, elle est un procédé très appréciable dans le cas de tumeur complètement et franchement liquide. Mais les kystes pelviens de l'ovaire sont très souvent des kystes dermoïdes, et leur contenu trop épais ne peut être évacué même avec une bonne opération. Dans un cas de ce genre Fochier a eu recours à un trocart chauffé. Ce procédé ingénieux est un cas isolé et ne semble pas devoir entrer dans la pratique.

Il est rarement facile de savoir si la tumeur est complètement kystique ou plus ou moins solide, et si la cavité est uniloculaire ou multiloculaire. Certains kystes séreux prennent sous l'influence du travail une consistance très dure. La ponction, dans nombre de cas, pourra donc rester une tentative infructueuse : dans beaucoup d'autres, elle deviendra un précieux moyen pour le diagnostic de la nature de la tumeur.

Fischel, malgré les dangers du refoulement par la force, le préfère à la ponction. Les faits cités pour appuyer son opinion portent sur des insuccès relatifs à des kystes dermoïdes.

Lomer est très partisan de la ponction et la déclare inoffensive avec les précautions antiseptiques : il cite deux cas de kystes paraovariques où, non seulement elle laissa s'effectuer l'accouchement, mais où le kyste disparut totalement après son emploi.

Il ne faut pas toutefois se dissimuler que la ponction présente de gros inconvénients.

Maygrier signale la difficulté de pénétrer dans la tumeur qui fuit devant le trocart, et le défaut de parallélisme exis-

tant entre l'ouverture de la paroi vaginale et de la paroi kystique après évacuation partielle : d'où : retention et reproduction rapide du contenu kystique.

Plus sérieux sont les dangers, résultant de l'écoulement du liquide ou du contenu sébacé dans la cavité péritonéale. C'est cette crainte qui détermina Holb, à pratiquer l'ovariotomie deux heures après, dans un cas de kyste dermoïde diagnostiqué par la ponction. L'événement lui donna raison ; car on trouva une partie du contenu du kyste répandu dans la cavité péritonéale.

Lomer et Rémy sont d'avis de ne pas exagérer le danger ; ils comptent avec l'heureuse influence des adhérences, dont l'inefficacité du refoulement fait prévoir l'existence probable.

Mac-Kerron ne se range pas à cette opinion ; plusieurs observations, recueillies par lui et confirmées par l'ovariotomie ou l'autopsie, lui montrèrent des tumeurs kystiques irréductibles bien qu'étant entièrement dépourvues d'adhérences.

Quand la tumeur est en partie solide, il ne faut pas croire non plus que, après la ponction, l'accouchement pourra se terminer naturellement ou artificiellement sans risque d'infection.

On ne peut donc, comme quelques auteurs l'ont insinué, mettre tous les accidents sur le compte des interventions combinées avec la ponction. La part qui revient à chacune est difficile à préciser. Gottshalk, dans une note sur ce sujet attribuée à la ponction beaucoup des

inflammations et suppurations consécutives du contenu du kyste.

Hirst (*Deutsche Ned : Kochenschr.*, 1890), rapporte de même un fait où la laparotomie fut nécessaire le dix-septième jour après l'accouchement.

En tout cas, on ne saurait trop insister sur les mesures antiseptiques à prendre, et, si le contenu offre des signes d'infection particulièrement lorsqu'il s'agit d'un kyste dermoïde, l'opinion commune est de pratiquer l'ovariotomie après la ponction.

Dans les autres circonstances, si la ponction est restée insuffisante, on tentera encore le refoulement après elle. En cas d'insuccès, on aura recours aux interventions plus sérieuses.

Le plus souvent, on pratique la ponction par la voie vaginale. Le speculum sert à donner du jour, l'aspirateur aide à l'évacuation.

Dans quelques cas, la tumeur faisant saillie du côté du rectum, on suivit cette voie pour la ponctionner. Merriman a même vanté cette voie : la plaie, disait-il, se trouvait moins exposée pendant l'accouchement : mais tout aussi pernicieuse est la pénétration possible de matières fécales allant souiller le péritoine.

Barnes conseille la ponction abdominale comme mesure préventive, au début du travail, même quand on ignore si la tumeur fera véritablement obstacle.

En terminant, citons les conclusions de Mac-Kerron :

« La ponction est, dans plusieurs cas, une assez bonne méthode de traitement. Elle devra être adoptée lorsque le

refoulement aura échoué, dans tous les cas de kystes séreux. Même dans les cas de tumeurs partiellement solides, il faut recourir à la ponction, s'il est dangereux d'attendre l'arrivée d'un aide. Dans ces circonstances elle peut être le moyen le plus rapide et le plus sûr de terminer l'accouchement, et fournir en même temps des indications pour le traitement postérieur.

La ponction est aussi employée comme moyen de diagnostic, ou comme mesure préliminaire à une autre intervention. Toutefois il ne faudra jamais perdre de vue ses dangers. »

Incision. — Lorsque pour un motif quelconque la ponction s'est montrée insuffisante, on peut songer à l'incision de la paroi du kyste.

Fritsch préfère cette méthode à la ponction et voici la technique qui, plusieurs fois, lui a donné de bons résultats : « Incision de la paroi vaginale postérieure sur la ligne médiane, immédiatement au-dessous du col. Incision couche par couche de la paroi kystique. Au fur et à mesure que la tumeur se vide, on réunit entre elles par des points de suture les lèvres des deux ouvertures. L'incision doit être assez grande pour permettre l'introduction facile du doigt : on fait des lavages fréquents dans la cavité du kyste. L'accouchement est ensuite effectué artificiellement, s'il tarde à se faire spontanément. La plaie est de nouveau irriguée et pansée avec de la gaze iodoformée jusqu'à la guérison. »

Fritsch a même obtenu ainsi la cure d'un kyste der-

moïde. Quand il s'agit d'un kyste proliférant, on peut être par la suite obligé de faire l'ovariotomie. Roporski cité par Rémy donne une technique analogue ; il conseille en outre de laisser très long un des fils ayant servi à suturer la paroi du kyste à la paroi vaginale, cela permet de retrouver de suite l'incision, une fois l'accouchement effectué.

Dans l'observation, citée par nous, d'Ostermayer, c'est le procédé de Fritsch qui fut employé ; mais la suture des deux parois, empêchée par la descente de la tête, ne put être faite avant l'expulsion du fœtus.

Même avec cette méthode exacte, l'incision n'est pas admise par tous les auteurs et n'est pas sans danger.

Holh regarde ce procédé comme très incertain. L'ouverture du cul de sac postérieur est un danger pour le péritoine, de plus l'incision risque de s'agrandir pendant l'accouchement. Fleischlen, ayant dans quelque cas observé des accidents infectieux, préconise la technique suivante. Une fois la tumeur incisée et suffisamment amoindrie pour ne plus mettre obstacle à l'accouchement, il conseille de refermer la plaie en la suturant et de pratiquer l'ovariotomie très peu de temps après l'accouchement.

Forceps et Version.

Rémy a étudié cette question avec soin ; nous ne pourrions donc mieux faire que de résumer ce qu'il dit.

Dans tous les cas, l'emploi du forceps et de la version offrent de grands dangers, ce sont des manœuvres dont on doit être très réservé. En effet quand on a affaire à des

enfants très gros ou à des viciations du squelette. ce dernier supporte des pressions relativement fortes et c'est très rare de voir des lésions osseuses consécutives aux manœuvres ; mais quand un kyste est ainsi comprimé il aura bien des chances de s'enflammer pendant la puerpéralité.

Deux autres dangers sont à redouter, la rupture du kyste avec projection de son contenu dans le péritoine ; ou bien si les parois du kyste sont solides, on peut le voir chassé devant la tête et ayant tendance à perforer la voûte vaginale et le rectum.

La version présente d'aussi grands dangers. L'introduction de la main, en refoulant le kyste peut le déchirer ; le passage de l'enfant peut produire le même délabrement.

On a pensé que la main, introduite pour faire le refoulement, pouvait en même temps aller chercher les pieds de l'enfant et faire la version ; dans cette manœuvre, le bras, en maintenant la tumeur refoulée, préparait une voie libre pour le passage de l'enfant pendant l'extraction. Après la version, le fœtus s'engage par sa petite extrémité, et la tumeur en reprenant sa place primitive peut s'arrêter au niveau du cou de l'enfant. C'est ce qui arriva à Lomer, pour un enfant mort depuis quelque temps, il est vrai ; nous en citons plus loin l'observation. Baudelocque eut de grandes difficultés d'extraction dans un cas analogue. Moreau en pareille occurrence perdit l'enfant. En somme, conclut Rémy, le forceps nous semble préférable ; car il doit conserver plus d'enfants et parce qu'il permet de maintenir la tête engagée, aussitôt que le refoulement a réussi.

Il faut tenir compte aussi que, dans quelques cas où la tumeur est plus élastique et plus dépressible, le bassin assez large, l'enfant très petit, les dangers d'extraction par le forceps se trouvent diminués et l'on peut essayer quelques tractions, qu'on cessera si la résistance est trop grande et si l'obstacle paraît infranchissable.

Tarnier a employé le forceps et la version dans des cas de tumeurs pelviennes et n'avait aucune préférence marquée pour l'un et l'autre de ces deux procédés. Le refoulement ou la ponction de la tumeur faciliteront souvent les manœuvres du forceps.

Quoi qu'il en soit, les statistiques de Rémy, tout autant que celles de Playfair et de Mac-Kerron, statistiques citées plus haut, ne sont guère pour encourager à se servir du forceps ou de la version.

Basiotripsie,

Quand on a affaire à un fœtus mort, la basiotripsie pourra être substituée au forceps. Le fœtus réduit passera peut-être plus facilement ; mais, malgré toutes les précautions antiseptiques, les dangers d'infection ne seront pas moins très graves. Les traumatismes dûs à l'instrument et au passage du tronc sont d'un fâcheux effet ; et dans certains cas les escharres vaginales qui en résultent sont très importantes.

Comme pour les deux interventions précédentes, les résultats ne sont donc pas encourageants, et on ne saurait guère, à part quelques cas exceptionnels, ne pas proposer

à la malade la laparotomie ou l'opération césarienne : opérations graves, il est vrai, mais dont la gravité n'est plus un prétexte d'exclusion.

Ces opérations auront d'autant plus de chances de réussite que les manœuvres qui les auront précédées auront été plus rares.

« Dans tous les cas, dit Mac-Kerron, où les diamètres du bassin sont rétrécis par une tumeur ovarienne, la version, le forceps la craniotomie sont contrindiqués, comme seuls moyens de traitement. Les deux derniers pourront être légitimement employés, quand le refoulement, l'ovariotomie, ou la ponction auront complètement enlevé l'obstacle. Toutefois, lorsque la ponction n'aura pu réduire que partiellement la tumeur, le forceps et la craniotomie devront être, autant que possible, évités. La version est dans tous les cas contrindiquée. »

Césarienne. Hystérectomie. Opération de Porro.

Nous avons montré, par les statistiques, la différence des résultats de l'opération césarienne, en deçà ou au-delà de l'ère antiseptique. Actuellement on ne peut songer à nier les bons effets de cette intervention dans les cas où elle paraît utile.

Les heureux succès obtenus dans les opérations césariennes faites par les ovariologistes, qui avaient blessé l'utérus par mégarde, sont encore une preuve de l'innocuité relative de ce procédé.

Quelles sont les indications de cette intervention ?

Il est bien entendu d'abord qu'il faut que l'enfant soit vivant, et, d'autre part, que l'accoucheur ait à sa disposition ou puisse attendre les aides et les instruments nécessaires.

« Les autres indications qui doivent engager à choisir ce procédé sont, d'après Mac-Kerron, une tumeur irréductible que la ponction n'a pu complètement vider ; de mauvaises conditions pour effectuer l'extirpation vaginale, enfin l'impossibilité d'ovariotomie abdominale, par suite des adhérences constatées à l'ouverture du ventre. »

En tout cas, l'opération devra être effectuée le plus promptement possible. Elle devra même, dit sir John Williams, devancer le début du travail, lorsque la tumeur aura été diagnostiquée pendant la grossesse. Les observations ne font que confirmer cette opinion.

Mais, ainsi que le fait remarquer Rémy, le médecin n'est souvent appelé que très tard, lorsque la femme est épuisée. Au point de vue du résultat, il y a une différence énorme entre l'opération pratiquée sur une femme épuisée ou sur une femme qui n'a ressenti aucune fatigue.

Les autres interventions essayées auparavant sont autant de traumatismes également défavorables au succès de l'opération. Cependant Staude et Robson ont eu deux bons résultats, l'un, malgré un travail commencé depuis deux jours, l'autre, malgré l'extrême faiblesse de la parturiente.

Tout en évitant autant que possible ces conditions défectueuses, on voit qu'elles ne sont pas toujours d'absolues contraindications.

Les bons effets de l'opération césarienne et ceux de l'ovariotomie pendant le travail, restreindront probablement dans l'avenir les cas de ponction, incision, etc...

Faut-il cependant rejeter complètement ces procédés qui ont pour eux leur facilité et quelques bons services rendus ? Il y a là une question que les circonstances et l'habileté de l'accoucheur devront contribuer à trancher.

Herbert Spencer dit qu'après insuccès ou impossibilité d'application du refoulement, forceps, version, craniotomie, il faut éluder la ponction comme dangereuse et préférer la césarienne ou l'ovariotomie. Hirst est du même avis, et il ajoute : « En procédant ainsi on évitera bien des accidents pendant les suites de couche. »

Griffith accompagne une observation de tumeur pelvienne très dure, où la version fut suivie de mort de la mère et de l'enfant, des réflexions suivantes : « Dans ce cas, il est certain que l'opération césarienne aurait donné à la malade les meilleures chances de guérison, et cette voie serait la plus sûre à suivre en pareilles circonstances quelle que soit la nature de la tumeur faisant obstacle.

Holh, après des tentatives infructueuses de refoulement, préconise la ponction dans le cas de tumeurs paraissant liquides ; et en cas de tumeurs solides, il dit de recourir à l'opération césarienne suivie d'ovariotomie sur-le-champ, ou pendant les suites de couches.

L'extirpation de la tumeur et des annexes malades est recommandée par les auteurs comme complément de l'opération césarienne et doit être pratiquée le plus tôt possible. Dans les cas où même après l'opération césarienne,

l'ovariotomie serait d'une exécution trop difficile, et où il y aurait intérêt à ne pas prolonger l'acte opératoire, on pourrait refermer le ventre et mettre à plus tard l'extirpation de la tumeur.

Au lieu de l'opération césarienne on peut pratiquer l'opération de Porro. Le professeur Pinard est plutôt partisan de cette dernière, c'est elle aussi que nous trouvons employée dans le cas de Debaisieux et dans le cas de Staude. Nous citons plus loin ces deux observations.

Ovariectomie pendant le travail.

Si la césarienne reste une utile et heureuse mesure en bien des circonstances, il n'en est pas moins vrai que son emploi sera un peu diminué, par l'ovariotomie effectuée pendant le travail soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale.

Dès 1878, à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Berlin, la possibilité de l'ovariotomie pendant le travail fut entrevue. Markwald y émit l'idée qu'après insuccès du refoulement et de la ponction, il fallait rejeter l'incision et faire la laparotomie pour essayer l'ablation du kyste tout en se tenant prêt à faire l'opération césarienne. Küstner et Ruge furent du même avis. Martin préférait la césarienne. Tous auguraient assez bien des résultats possibles de cette intervention, grâce à l'antisepsie naissante.

Rémy, sans s'étendre sur cette question, concluait : « Dans les cas où le rétrécissement est absolu et dans ceux où le médecin, ne voulant pas sacrifier l'enfant, s'adressera

à la section césarienne comme opération de choix ; il devra toujours essayer de lever l'obstacle, c'est-à-dire, faire l'extraction du kyste par la voie abdominale et ne recourir qu'après échec à la section de l'utérus.

Dans la littérature médicale, nous n'avons trouvé que l'observation d'Herbert Spencer, publiée plus loin, et les deux observations de sir John Williams dont la publication est toute récente.

Dans un de ces deux derniers cas, l'auteur, croyant à une grossesse extra-utérine, fit la laparotomie, et trouva un gros kyste de l'ovaire qui ne put être enlevé qu'après ponction vaginale ; le travail se déclara de suite, et l'accouchement fut terminé au forceps : l'enfant et la mère furent sauvés.

Dans le second cas, le kyste ne pouvait permettre l'engagement de la tête, l'ovariotomie fut faite au début du travail : l'enfant ne put être ranimé : mais la mère guérit.

Après relation de ces deux cas, Mac-Kerron dit que cette intervention paraît indiquée lorsque, à l'ouverture du ventre, on voit qu'il sera facile de déloger la tumeur du pelvis et de l'enlever complètement. Ces conditions doivent faire préférer ce procédé à l'opération césarienne.

Si la valeur de cette méthode est démontrée par les observations de sir John Williams, il faut toutefois reconnaître que les cas où elle paraîtra applicable sont restreints.

En effet, dans la majorité des faits où tous les moyens de refoulement auront échoué, cet insuccès serait dû à des adhérences pelviennes qui rendraient très difficile l'extirpation complète de la tumeur, en présence d'un utérus gravide à terme.

Quand l'ovariotomie abdominale aura été effectuée avec succès sans toucher à l'utérus, l'accouchement devra être terminé aussi rapidement que possible.

Au moment où la dilatation sera complète, on appliquera le forceps afin de ménager la plaie abdominale.

Malgré cette précaution, Holh rejette absolument l'ovariotomie pendant le travail suivi de l'accouchement par les voies naturelles. Il invoque comme raisons, non pas tant les dangers d'asphyxie pour l'enfant que les risques d'hémorragie résultant des tractions subies par le pédicule lors de la terminaison de l'accouchement.

Herbert Spencer fait suivre son observation des conclusions suivantes :

Quand le refoulement est impossible, il ne faut pas pratiquer la ponction qui est trop dangereuse. La césarienne ne sera indiquée que lorsque la tumeur est maligne et lorsque les adhérences empêchent l'utérus d'être attiré au dehors. L'opération qui offre les meilleures chances de succès est l'ovariotomie, soit vaginale, soit abdominale ; mais de préférence cette dernière.

L'ovariotomie abdominale dit Maygrier n'est pas toujours praticable, soit à cause des adhérences, soit à cause de la difficulté d'atteindre les prolongements extra-pelviens de la tumeur.

Enfin Macks, dans un article sur les dystocies par tumeurs (*Monatsschrift*, 1895) conclut ainsi :

Pendant le travail, l'ovariotomie ne peut être mise en question, que si le kyste ne peut être refoulé de bas en haut et si une traction directement exercée sur lui par le haut est

indispensable pour le desenclaver du bassin. Si le kyste ne peut être déplacé, soit parce qu'il existe des adhérences, soit pour toute autre raison, on peut faire l'incision en la faisant toujours suivre de la laparotomie pratiquée au plus tard le lendemain. Si on ne veut pas inciser le vagin, on a toujours la ressource de la césarienne complétée sur-le-champ au plus tard par l'ovariotomie.

Les opinions émises nous montrent qu'il est difficile d'indiquer d'une façon précise les cas, où la césarienne devra être préférée à l'ovariotomie et vice-versà. Il y aura à tenir compte de la nature de la tumeur, des difficultés d'intervention, de l'état de la mère, et des avantages pour l'enfant.

Terminons, cependant, en citant sur ce point les paroles de Pozzi que MM, Segond, Maygrier, Labadie-Lagrade, et Legueu, dans leurs traités, approuvent complètement :

« Pour ma part, dit Pozzi, je n'hésiterais pas à faire la laparotomie pour reconnaître si l'ablation du kyste est possible ; l'ovariotomie lèverait alors l'obstacle et l'accouchement n'aurait pas de difficulté à se faire. Dans le cas contraire, l'opération césarienne ou l'opération de Porro ne me paraissent pas plus graves pour la mère que les violences aveugles et excessives, exercées par les voies naturelles : on a en outre ainsi l'avantage de sauver l'enfant. »

Ovariectomie vaginale.

Jusqu'à ces dernières années cette intervention était demeurée un procédé purement théorique.

En 1886, Rémy écrivait à ce propos :

« L'opération a-t-elle été faite ? Nous ne croyons pas.

Elle s'est produite quelquefois contre le gré de l'accoucheur, comme nous l'avons vu, lorsque la tumeur déchirait la cloison vaginale avant la sortie de l'enfant (Cas d'*Harting*), ou dans les premiers jours de couches.

Quels sont les dangers dans les faits de ce genre? Ils doivent être grands, car le péritoine a bien des chances de s'enflammer, cependant la malade d'*Harting* et celle de *Dunn* guérèrent.

Aux cinq cas de *Playfair* et de *Mac-Kerron*, dont nous avons déjà parlé sous le titre d'ovariotomie naturelle, nous ajouterons trois autres observations se rapportant à des faits analogues.

Ce sont les observations :

1° de *Mallam* (1888). Sorts de la mère et de l'enfant inconnus.

2° de *Dewar* (1894). Enfant? Mère guérie.

3° de *Levitsky* (1896). Mort de la mère et de l'enfant.

Nous citons plus loin ces observations.

Dans ces trois cas, ce fut à travers la cloison recto-vaginale que passa la tumeur, et, dans tous une application de forceps ayant été faite, elle pourrait bien ne pas être étrangère dans l'explication de ce phénomène.

Dans deux des observations, il est spécifié que l'extraction de la tumeur fut complétée séance tenante.

Ces faits, en corroborant la possibilité de l'ovariotomie par les voies rectale ou vaginale ne démontre en rien, il est vrai, la valeur de ce procédé.

Mac-Kerron, qui a savamment étudié cette question, a trouvé qu'il en était fait mention dans des écrits relative-

ment anciens. Merriman estime, qu'en cas de tumeur volumineuse et de consistance solide descendue dans le vagin, mieux vaudrait, sans doute, l'enlever après incision, plutôt que de sacrifier l'enfant et de faire courir de grands risques à la mère par l'emploi du perforateur.

Davis, tout en admettant la possibilité du procédé, ne trouve pas de raisons suffisantes pour la préférer à l'ovariotomie abdominale.

Ramsbotham croit l'extirpation de l'obstacle par la voie vaginale une intervention très difficile et très hasardeuse ; et, pour lui personnellement, si horrible que soit l'alternative, il préférerait sacrifier l'enfant que d'exposer la mère à une opération si redoutable. Outre que cette alternative n'est pas irréfutable, d'autres procédés étant possibles sans sacrifice de l'enfant, il ne jugerait pas si sévèrement aujourd'hui.

Récemment pourtant, Holh, que nous avons déjà vu condamner l'ovariotomie abdominale pendant le travail, dénonçait l'extirpation vaginale comme un procédé difficile et dangereux qu'en aucun cas on ne doit substituer à l'opération césarienne.

Dans sa thèse, après avoir parlé de l'incision, Rémy ajoute : « Je ne m'arrêterais pas sur la question de l'extirpation de la tumeur, seul moyen pourtant de faire disparaître l'angustie pelvienne, si la tumeur ne pouvait être incisée Nœgelé, Jacquemier la considèrent bien, avec l'opération césarienne, comme les interventions entre lesquelles l'accoucheur peut choisir lorsque la tumeur est solide et fixe. Ce sont des opérations aussi dangereuses

l'une que l'autre : l'extirpation vaginale surtout, à cause des conditions spéciales causées par la puerpéralité. »

Comme observations nous n'avons trouvé que les trois citées par Mac-Kerron : celle de Rubesca (1895) où l'extirpation fut complétée par une petite incision abdominale, vu l'impossibilité d'atteindre par le vagin les limites de la tumeur. Celle de Staude (1895) qui, n'ayant pu suffisamment par la ponction et l'incision réduire la tumeur, eut l'idée d'extirper le kyste dont il voyait les parois faire saillie au devant de sa main. Ce fait ne vérifie-t-il pas les paroles de Lomer : « De l'incision du cul de sac postérieur à l'abaissement du kyste et à la ligature du pédicule il n'y a qu'un pas.

La dernière observation est celle de Rapin qui fit la même opération, après incision du cul de sac et hernie de la tumeur à travers la plaie.

Dans ces trois cas, la mère et l'enfant furent sauvés; ce qui ne justifie pas les craintes des auteurs cités plus haut.

A la suite de son observation, Staude donne comme indication de cette opération : « l'existence d'une tumeur profondément enclavée dans le petit bassin, mobile, pédiculée peu adhérente, et à limites supérieures accessibles par la plaie vaginale. »

Dakin croit, qu'en cas de tumeur non mobile, l'ovariotomie vaginale est encore la meilleure intervention et est de beaucoup préférable à la ponction dont les dangers sont fréquents. Il veut ainsi sous-entendre que, lorsque on se trouve dans les conditions favorables mentionnées ci-dessus, le refoulement étant presque toujours possible devra être préféré à l'extirpation.

« Enfin, conclut Mac-Kerron, je trouve avec Staude que, si cette intervention a ses difficultés et ses dangers, elle doit être admise en certaines circonstances comme le procédé le plus facile et le plus sûr pour terminer le travail.

Elle exige moins d'habileté opératoire et moins d'aides que l'opération césarienne, ce n'est pas un petit avantage quand on songe qu'on peut dans certains cas se trouver sans aide éclairé.

Staude fit son intervention avec l'unique assistance d'une élève sage-femme.

Les principales objections sont : la difficulté d'établir et de maintenir l'asepsie, et de plus comme l'a fait remarquer Holh, la vascularisation très grande, et les risques d'ulcération des tissus vaginaux, » (*Mac-Kerron*).

Tout récemment (*Méd. Rec.* 23 avril 98). Cleveland, à propos du choix de la voie d'extirpation pour les kystes de l'ovaire, conclut : à la voie abdominale d'emblée pour les kystes multiloculaires anciens, épais et adhérents ; et à la voie vaginale pour les kystes uniloculaires et peu adhérents ; à cette même voie pour les kystes dermoïdes dont le contenu peut provoquer une péritonite mortelle, s'il survient une rupture du kyste.

Symphyséotomie.

Ce n'est guère que d'une façon très éventuelle que l'on pourrait penser à cette intervention. N'ayant pas d'exemples à citer, on pourrait, par rapprochement, appliquer au kyste de l'ovaire, les idées de M. Maygrier au sujet des fibromes utérins. « En présence, dit M. Maygrier, des

résultats si peu favorables que donnent le forceps et la version, ne pourrait-on pas songer à la symphyséotomie?

Lepage eut un succès dans un cas de fibrome juxta utérin.

Nous ferons seulement remarquer que lorsqu'on a affaire à une tumeur du bassin quelle qu'elle soit, il est très difficile de prévoir si la section de la symphyse agrandira suffisamment le pelvis pour que l'enfant puisse naître vivant. »

A l'appui de cette idée, M. Maygrier cite un cas de tumeur fibreuse du périoste de l'excavation, où l'agrandissement obtenu fut insuffisant : l'enfant succomba et dut être extrait par la basiotripsie.

VIII

DÉLIVRANCE ET SUITES DE COUCHES

Bien que cela entre peu dans notre sujet, nous dirons un mot de la délivrance et des suites de couches.

Rappelons les remarques de Remy sur la difficulté créée quelquefois par la tumeur pour la palpation de l'utérus. On peut ainsi mal suivre son involution et quelquefois n'être averti que trop tard d'une hémorrhagie interne par les seuls signes généraux.

Enfin la tumeur peut après refoulement redescendre dans le bassin et faire obstacle à la délivrance, nécessitant ainsi une nouvelle réduction. Lomer en signale un exemple.

Quant aux suites de couches, il serait superflu d'insister sur la nécessité d'une antisepsie rigoureuse dans tous les cas.

Une question plus délicate est celle de l'extirpation de la tumeur quand elle n'a pas été effectuée pendant le travail.

Les dangers sont réels et les complications fréquentes : c'est à cela en grande partie que revient la grande mortalité constatée dans ces cas.

Le kyste lésé pendant le travail peut contracter des

adhérences avec l'intestin, et même communiquer avec lui ; il peut s'enflammer, suppurer, se gangrener. L'ovariotomie est alors indiquée et réussit souvent malgré des conditions défavorables (*Observation de Leroy des Barres*) : ces cas d'urgence ne prêtent pas à contestation. Même quand le travail a paru aisé, quand le refoulement ou autres interventions n'ont pas nécessité d'efforts, on peut craindre des accidents. En effet, d'après Lohlein et Gottschalk rien que la diminution brusque de la pression intra-abdominale et le relâchement de la paroi peuvent favoriser la torsion du pédicule et sa rupture.

Condamin, pour éviter la torsion du pédicule, conseille le repos absolu avec un bandage compressif de l'abdomen.

Si, malgré ces précautions, il survient peu de temps après le travail des accidents, on ne devra pas hésiter à intervenir en pleine période puerpérale.

Laurence¹ cite 10 observations d'ovariotomie faites *post-partum* et suivies de 10 guérisons. Il ne s'agissait pas, à vrai dire, de kystes pelviens ; mais les résultats n'en sont pas moins probants.

Laurence dit que l'ovariotomie, pendant les suites de couches, ne doit toutefois rester qu'une intervention de nécessité, et mieux vaut toujours opérer pendant la grossesse quand on a diagnostiqué l'existence du kyste.

Assez délicate est donc la résolution de cette question : dans quel cas et à quelle date des suites de couches doit-on intervenir en dehors des indications d'urgence ? L'état

¹ Laurence (*British. Méd. J.* septembre 1893).

de la malade, la gravité des interventions pendant le travail et, par suite, les chances d'infection, les menaces d'accidents, l'état de l'utérus, sont les éléments à considérer.

Pour conseiller la laparotomie aussi prompte que possible, les uns se fixent sur la durée du travail et des interventions (*Rubescia*) : d'autres sur les dangers de ces interventions v. g. la ponction (*Flaischlen*) : d'autres enfin attendent les signes d'un commencement d'infection (*Holh*).

Pour terminer, nous donnons les conclusions de Mac-Kerron.

1° Avec l'opération césarienne, il faut, autant que possible, effectuer sur-le-champ l'ablation de la tumeur.

2° Lorsque le contenu kystique paraît suspect d'infection, ou quand la tumeur a été soumise à un traumatisme prolongé, l'ovariotomie devra être faite de suite, ou peu d'heures après l'accouchement.

3° En cas de refoulement ou de kyste supposé dermoïde : opérer à la fin de la première semaine.

4° Quand le refoulement a été facile et réussie, ou quand la ponction a révélé un kyste séreux, l'expectation est de mise, sauf à intervenir par la laparotomie aux premiers signes d'infection.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Kyste de l'ovaire. — Aplatissement spontané pendant le Travail. Accouchement normal.

OBSERVATION INÉDITE

Due à l'obligeance de M. le docteur PORAK

(Registres de la Maternité.)

La nommée H. . . âgée de 24 ans, primipare, entre à la maternité le 6 juillet 1898.

Ses dernières règles datent du 5 novembre 1897.

Examen du 7 juillet — On trouve un utérus développé verticalement et ayant 37 centimètres de hauteur.

Le palper fait reconnaître un sommet mobile dans la fosse iliaque gauche.

La tête fait une saillie volumineuse sous la paroi abdominale, à deux centimètres environ au-dessus du pubis ; elle est repoussée par une tumeur siégeant derrière elle.

Par le toucher on sent dans le cul de sac postérieur une tumeur liquide assez volumineuse qui paraît pédiculée. Elle descend dans la région sacrée et aboutit presque au coccyx.

La malade n'a ni trouble de la miction, ni trouble de la défécation.

22 juillet. — La tumeur ne paraît pas avoir augmenté de volume. Le col est un peu au-dessous du bord supérieur de la symphyse pubienne.

La tête est au détroit supérieur et paraît refoulée en avant ; tout en ayant tendance à fuir dans la fosse iliaque gauche.

La consistance de la tumeur paraît un peu plus grande.

6 août. — La malade entre en travail. Pendant ce travail le segment inférieur est distendu par la partie fœtale ; mais est légèrement refoulé à gauche.

Par le toucher, on arrive sur une énorme tumeur qui siège entre la paroi postérieure du vagin et le rectum et refoule ces deux organes.

Derrière la symphyse pubienne on arrive sur le col qui a encore deux centimètres de longueur ; mais on ne peut pas par le toucher cervical arriver sur la partie fœtale.

Les membranes sont rompues et un liquide verdâtre s'échappe. La tumeur reste accessible jusqu'au moment de la dilatation complète.

A ce moment un nouvel examen montre le sommet en gauche postérieure ; mais la tumeur a disparu. La femme accouche alors spontanément d'un enfant vivant, pesant 2.550 grammes.

12 août. *Nouvel examen par M. le docteur Parak.* On sent du côté droit remontant jusqu'au niveau du flanc droit et occupant la fosse iliaque droite une énorme tumeur qui déplace l'utérus à gauche ; elle a une consistance mollassé, et dépasse l'ombilic.

OBSERVATION II

Kyste de l'Ovaire. Accouchement spontané à 8 mois 1/2. Enfant vivant.

OBSERVATION INÉDITE

Due à l'obligeance de Monsieur le docteur BUDIN.

La nommée P... Marie, âgée de 25 ans, primipare entre à la maternité le 15 juin 1888.

Menstruation régulière depuis l'âge de 17 ans.

Dernières règles du 16 au 18 décembre 1887.

Examen pratiqué à l'entrée. — Le fond de l'utérus est au-dessus de l'ombilic, et renferme un enfant vivant, se présentant par le siège.

Le promontoire est accessible.

Dans le cul du sac postérieur et un peu à droite, on trouve une tumeur fluctuante du volume d'un œuf.

On fait le diagnostic de grossesse compliquée de kyste de l'ovaire.

Le 3 septembre, la femme accouche spontanément d'un enfant vivant pesant 2.620 grammes.

Après l'accouchement, on perçoit nettement par la palpation la tumeur occupant la moitié droite du grand bassin.

OBSERVATION III

Kyste de l'ovaire. Aplatissement spontané pendant le travail. Accouchement normal.

OBSERVATION INÉDITE

Due à l'obligeance de Monsieur le docteur BUDIN.

La nommée M.... secondipare entre à la maternité le 14 juillet 1897.

Sa première grossesse a été normale ; sa seconde grossesse, la grossesse actuelle est à terme.

L'engagement cependant ne peut se faire à cause d'une tumeur volumineuse remplissant le cul du sac postérieur et une partie de l'excavation.

M. le docteur Budin l'examine alors et hésite entre un fibrome ramolli et un kyste de l'ovaire.

Le 14 juillet à 9 heures du matin, la femme entre en travail.

A midi, le col situé derrière la symphyse présente une dilatation en boutonnière.

A 1 h. 10, la dilatation atteint 7 à 8 centimètres et la tumeur est plus descendue dans l'excavation.

On essaie en vain d'appuyer sur la tête pour la faire s'engager derrière la symphyse.

A peine cet examen fini, la malade accouche très vite en deux contractions.

Après l'accouchement on trouve un aplatissement de la tumeur.

Revue le 10 juin 1898 à la consultation de Gynécologie. Depuis son accouchement, son ventre a très augmenté et elle en ressent des douleurs.

M. le docteur Potochi l'examine et porte alors nettement le diagnostic du kyste de l'ovaire. La tumeur remontait jusqu'au niveau de l'ombilic.

OBSERVATION IV

Kyste refoulé spontanément pendant le travail

OBSERVATION INÉDITE

Due à l'obligeance de Monsieur le Docteur PORAK.

Madame P. M... âgée de 23 ans, blanchisseuse, entre le 13 janvier 1891 à l'hôpital Lariboisière.

Le dimanche 11 janvier, la sage-femme appelée auprès d'elle constate en la touchant l'existence d'une grosseur occupant l'entrée du vagin ; un médecin appelé engage la parturiente à rentrer à l'hôpital.

Le 13 au soir, elle est prise de douleurs. Examinée le 14 au matin, par M. le docteur Porak, qui reconnaît une position droite, variété postérieure. La tête n'est pas engagée.

La dilatation est d'une petite paume et la poche des eaux est intacte.

Le toucher permet en outre de constater une tuméfaction molle, fluctuante ; occupant la paroi postérieure du vagin et s'étendant de quelques travers de doigt de l'orifice vulvaire jusqu'au cul de sac postérieur.

Elle occupe transversalement toute la partie postérieure du vagin. Le toucher rectal montre que le rectum est vide ; le catheterisme ne donne rien.

Avec un doigt, on peut circonscrire nettement l'extrémité de cette tumeur et constater qu'elle est indépendante de l'utérus, car ce doigt peut parcourir les bords de l'orifice dilaté.

Ce n'est donc ni un kyste ni un polype de l'utérus.

A 10 heures du matin la poche des eaux se rompt laissant écouler le liquide amniotique teinté par du meconium.

La tête s'engage et le toucher pratiqué à ce moment ne permet plus de sentir la tumeur.

L'accouchement se fait normalement.

Enfant pesant 2 k 450 grammes, en état de mort apparente, mais qu'on parvient à ranimer par des frictions et des bains sinapisés.

Après la délivrance, on ne trouve plus aucune trace de tuméfaction dans le vagin ; et cependant à aucun moment il n'y eut écoulement de liquide anormal.

Il est probable qu'on a eu affaire à un kyste de l'ovaire, refoulé dans le vagin à chaque contraction utérine. Au moment de la rupture de la poche des eaux ce kyste a été réduit dans l'abdomen par la tête à qui il a cédé la place pour lui permettre de s'engager.

La malade est examinée à nouveau le 23 janvier.

Au palper, on trouve l'utérus en rétropulsion, son fond est à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse ; on ne sent rien autre chose.

Les suites de couches furent normales.

OBSERVATION V

(Résumée).

Kyste ovarique dans le cul de sac de Douglas au septième mois de la grossesse. Dystocie. Essais de réduction de la tumeur. Rupture et Péritonite aiguë consécutive. Guérison.

LOISON et DUCHESNEAU (*Loc. cit.*)

Femme de 27 ans primipare, enceinte de sept mois ; rupture de la poche des eaux. Douleurs toutes les 5 minutes.

Par le toucher on trouve une tumeur qui remplit l'excavation, elle est ronde, lisse et dure, on croit à un fibrome. On essaie la réduction qui détermine un craquement subit et un affaissement de la tumeur.

Deux heures après la femme accouche d'un enfant vivant qui meurt une heure après. La délivrance ne se fait pas.

Péritonite due à rupture du kyste. Délivrance artificielle. Guérison.

OBSERVATION VI

(Résumée).

Kyste de l'ovaire en cul de sac de Douglas. Refoulement pendant le travail.

ROSNER (*Gynécologie* 1895)

Grossesse presque à terme compliquée de kyste de l'ovaire gauche, enclavé dans le cul de sac de Douglas.

L'accouchement eut lieu avant terme ; au moment du travail, la tumeur fut réduite après anesthésie ; l'accouchement se termina spontanément et la mère guérit.

OBSERVATION VII

(Résumée.)

Kyste de l'ovaire. Tentatives infructueuses de refoulement vaginal. Refoulement effectué par le rectum. Forceps :

BRUCE (cité par MAC-KERRON).

Une femme de 29 ans, primipare entre en travail le 6 mars 1879.
Présentation du sommet.

Par le toucher on trouve une tumeur occupant le cul de sac postérieur du vagin qui est prise d'abord pour un rectum surchargé de matières fécales ; mais qui persiste après une violente purgation.

On essaie, mais en vain, de la déloger par le vagin.

Par le rectum on parvint à la refouler ; et une forte pression est alors faite de haut en bas sur l'utérus pour empêcher la tumeur de redescendre.

Application de forceps. Extraction d'un enfant vivant.

A la suite la tumeur put être entièrement refoulée dans l'abdomen.

OBSERVATION VIII

(Résumée).

Kyste dans le cul de sac de Douglas. — Refoulement réussi suivi de forceps. — Enfant et mère vivants.

MAC-KERRON).

La nommée W... âgée de 30 ans. Cinquième grossesse. Entre en travail le 25 août 1895.

Tous ses accouchements antérieurs avaient été pénibles, et tous, sauf le dernier, avaient dû être terminés par une application de forceps.

Durant les trois derniers mois de cette grossesse, elle avait eu des douleurs ; et parfois une tumeur de la grosseur d'un œuf faisait saillie à la vulve.

Entrée en travail à 8 heures du matin, à 2 heures du soir la dilatation n'était encore faite qu'à demi.

De plus, le toucher permettait de sentir dans le cul de sac postérieur du vagin une tumeur aplatie du volume et de l'épaisseur d'un placenta. Cette tumeur occupait la concavité du sacrum et était tendue et élastique. Elle donnait l'impression d'un kyste.

Les membranes furent rompues ; mais la tête ne put descendre. Le Docteur Stephenson fut mandé et à grand' peine il réussit à refouler la tumeur. L'accouchement fut terminé après anesthésie complète par une application de forceps.

Après la délivrance, on ne parvint pas à sentir la tumeur dans l'abdomen.

La convalescence eut lieu sans complications.

Le 27 septembre, la malade, éprouvant des douleurs dans les reins et une sensation de plénitude dans l'abdomen, fut examinée à nouveau. On trouva dans la région hypogastrique une tumeur arrondie, du volume d'une tête de fœtus franchement mobile et complètement distincte de l'utérus.

Six mois plus tard, le docteur Stephenson la revit et comme rien

n'était changé, l'opération fut décidée dès que la lactation serait terminée.

En juillet 1896, après un nouvel examen, on la trouva enceinte de deux mois, en conséquence l'opération fut remise au 29 août et fut alors exécutée par le docteur Scott Riddell, et fut suivie de guérison.

La tumeur enlevée était un kyste dermoïde de l'ovaire droit et était en partie solide, en partie kystique. Elle avait un très long pédicule ; mais n'était point adhérente aux organes voisins.

Le 15 janvier 1897, la femme accoucha d'une petite fille vivante, le travail avait été très rapide.

OBSERVATIONS IX ET X.

(Résumées).

**Kyste de l'ovaire. Dystocie. Refoulement. Forceps.
Ovariectomie post-partum.**

FLAISCHLEN.

Deux cas de refoulement de kyste ovarique situé dans le petit bassin et retardant la marche du travail. Le refoulement fait sous chloroforme fut suivi de succès. Dans les deux cas le fœtus extrait avec le forceps était vivant. L'ovariectomie fut faite pendant les suites de couches.

OBSERVATION XI

(Résumée.)

**Dystocie par kyste de l'ovaire. Ponction. Enfant mort.
Mère bien portante.**

(Service de M. le docteur PORAK à l'Hôpital Saint-Louis).

La nommée M.-L. 27 ans, entre à la salle Dubois le 7 janvier.

Examen du 8 janvier. Présentation du siège col aplati et mou et porté en avant contre la symphyse. Dilatation de la grandeur d'une

pièce de 5 francs ; en arrière du col, dans le cul de sac postérieur du vagin, on trouve une tumeur élastique et souple, sauf en deux points plus durs ; et du volume d'une noisette. En introduisant l'index dans le vagin et le médius dans le rectum, on limite mieux la tumeur ; elle aplatit le rectum et forme à la partie supérieure de la cloison recto-vaginale une saillie à peu près hémisphérique dépassant le volume du poing. Elle est manifestement liquide, mais on ne peut atteindre la paroi supérieure.

Le travail ne progressant pas, M. Porak ponctionne la tumeur par le vagin avec un trocart glissé le long de l'index, pendant que le médius reste dans le rectum. Il s'écoule 400 gr. d'un liquide filant et visqueux. L'accouchement marche alors rapidement ; et à 1 h. 1/2 expulsion d'un enfant que l'on ne peut malheureusement ranimer. Après l'accouchement, on ne perçoit plus la tumeur. Suites de couches régulières et apyrétiques. Le 19 janvier, jour de la sortie de la malade, on sent dans le cul de sac postérieur une tumeur indolente, grosse comme une orange, très irrégulière, constituée par de petites masses les unes dures, les autres plus molles. Etat général excellent.

OBSERVATION XII

(Résumée).

Kyste dermoïde dans le cul de sac postérieur. Dystocie. Ponction. Accouchement. Suites normales.

Observation du Docteur MIGNARD (*Société de Médecine de Lyon*, 1898).

Il s'agit d'une malade arrivant à terme avec un abdomen volumineux. Au-dessus du pubis on trouve une tumeur rappelant la forme de la vessie.

La palpation ne donne que des sensations confuses, et ce n'est qu'après un examen minutieux que l'on peut reconnaître dans cette tumeur la tête n'ayant aucune tendance à s'engager.

Au toucher, pas d'engagement ; le col très haut, situé complètement derrière la symphyse n'est même pas entr'ouvert. La paroi postérieure

du vagin est refoulée en avant par une tumeur fluctuante du volume d'une mandarine faisant saillie dans le rectum.

Les douleurs sont peu marquées.

M. Vinay, après s'être assuré que la tumeur est indépendante de la paroi postérieure de l'utérus, en raison des douleurs de plus en plus vives et de l'absence d'engagement, se décide à ponctionner la tumeur.

La ponction faite dans le cul de sac postérieur donne issue à 300 grammes d'un liquide sirupeux renfermant de l'albumine, des globules graisseux et quelques cristaux.

Aussitôt après, l'engagement de la tête se fait facilement, et l'accouchement est terminé rapidement.

L'enfant était vivant et pesait 3 kilos 700, suites de couches normales.

L'hypothèse la plus vraisemblable est qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire prolabé dans le cul de sac postérieur.

L'absence de troubles antérieurs du côté des annexes, l'indolence de la tumeur et la nature du contenu éliminaient l'idée de salpingite.

OBSERVATION XIII

(Résumée).

Kyste de l'ovaire. Dystocie. Ponction rectale.

KING. (The American Journal. Obst. New-York).

Femme entre à l'hôpital étant en travail depuis quelque temps.

On trouve une tumeur qui est vidée entièrement par deux ponctions successives faites par la voie rectale.

Immédiatement la tête s'engage.

Accouchement spontané d'un enfant mort.

Mère guérit.

OBSERVATION XIV

(Résumée)

Kyste ovarique du petit bassin. Commencement de travail. Ponction. Refoulement maintenu par un pessaire Gariel. Accouchement d'un enfant mort.

DUCHESNEAU. (Dystocie par kyste dermoïde. Archives de Tocologie, septembre 1891).

Femme de 21 ans présente au toucher une tumeur volumineuse rénitente, molle, située en arrière et à droite de la tête engagée en partie dans l'excavation.

On diagnostique un kyste de l'ovaire. Ponction qui amène une matière jaunâtre et onctueuse, caractéristique d'un kyste dermoïde. Peu de résultats.

Anesthésie, puis refoulement maintenu à l'aide d'un pessaire Gariel.

Quelques heures après, accouchement d'un enfant mort-né pesant 2.210 grammes.

Suites de couches à peu près normales. Treize jours après, on trouve dans le cul de sac droit une tumeur molle et sensible qu'on délimite assez facilement dans la fosse iliaque droite par le toucher bimanuel.

OBSERVATION XV

(Résumée)

Kyste dermoïde de l'ovaire cause de dystocie. Ponction vaginale. Incision. Forceps.

FIEUX. (Archives cliniques de Bordeaux, 1897).

Femme tertipare ressent dans le dernier mois de sa troisième grossesse une pesanteur dans le petit bassin et une sensation de corps étranger à la vulve.

Par le toucher vaginal, on constate une tumeur remplissant tout le vagin et paraissant à la vulve.

Ponction. Incision. Forceps. Enfant vivant pesant 3.220 grammes.

Malade guérit.

Deux mois après, la malade est opérée par LANELONGUE qui trouve un kyste dermoïde de l'ovaire droit, assez volumineux, et un petit kyste dermoïde de l'ovaire gauche.

Guérison.

OBSERVATION XVI

(Résumée)

Kyste dermoïde adhérent dans le cul de sac de Douglas. Accouchement provoqué au huitième mois. Ponction avec trocart chauffé. Forceps.

FOCHIER (*Lyon médical*, 4 juillet 1886)

Accouchement provoqué au huitième mois. Ponction du kyste avec un trocart chauffé de 3 millimètres de diamètre, qui ramène un liquide huileux se coagulant rapidement. Forceps. Enfant vivant.

Suppuration. Débridement. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XVII

(Résumée)

Kyste de l'ovaire, compliquant la grossesse. Dystocie. Ponction. Forceps.

Observation du Docteur FOCHIER (*Lyon médical*, 4 juillet 1886.)

Tumeur kystique produisant obstacle au moment de l'accouchement. Ponction aspiratrice qui amène 140 grammes de liquide.

Application de forceps ; extraction facile d'un fœtus mort depuis la veille.

La malade bien remise de cet accouchement vient mourir six ans plus tard à l'hôpital des suites d'un abcès stercoral suite d'une tuberculose intestinale.

A l'autopsie, on trouve un kyste uniloculaire de l'ovaire.

OBSERVATION XVIII

(Résumée)

BARTON COOKE (*Medical News Philadelphia*, 12 juillet 1892).

Femme ayant depuis plusieurs années les signes d'une tumeur abdominale devient enceinte.

A huit mois $1/2$, ponction vaginale qui donne issue à un liquide foncé et grumeleux.

Version et extraction de l'enfant mort.

Phénomènes d'infection nécessitant la laparotomie d'urgence. On trouve un gros kyste à parois noirâtres adhérent à l'utérus et plein d'un pus fétide ; l'ablation étant impossible, la poche fut suturée à la paroi et la malade guérit.

OBSERVATION XIX

(Résumée)

Kyste de l'ovaire. Forceps. Ponction.

NOTLING (Th. de Cocard, Paris 1896).

Chez une femme multipare en travail, Notling trouve un kyste de l'ovaire de la grosseur du poing.

Application de forceps sans résultat.

Ponction.

Accouchement d'un enfant mort-né. La mère succombe quatre jours après à des accidents puerpéraux.

OBSERVATION XX

(Résumée)

Kyste dermoïde. Ponction infructueuse. Incision. Cranioclasie. Suppuration.

Observation d'Ostermayer. (Centralblatt für Gynæk : Mai 1897).

Ostermayer mandé près d'une femme septipare en travail depuis 30 heures, trouve une tumeur pâteuse, mais non fluctuante, remplissant la concavité du sacrum, et empêchant l'engagement de la tête.

Le refoulement fut d'abord tenté sous le chloroforme, mais sans résultat.

Jugeant une intervention immédiate nécessaire par suite de la forte tension du segment inférieur de l'utérus, il se décide, dans l'intérêt de la mère, à recourir à la craniotomie de préférence à la ponction où à l'incision, à cause des graves dangers d'infection probable.

Même par cette manœuvre, il fut incapable de délivrer la femme.

Il fit alors une incision de six centimètres dans la paroi vaginale qu'il agrandit postérieurement ; mais sans succès.

En introduisant son doigt dans l'ouverture, il trouva un peloton de cheveux qui l'obstruait. Ce peloton étant retiré, près d'un litre de matière épaisse et grise s'échappa.

Trois nouveaux paquets de cheveux furent retirés, le sac fut alors bouré de gaze iodoformée. Le fœtus fut extrait par le cranioclaste. La malade s'étant opposé à l'enlèvement du sac, celui-ci fut suturé à la paroi vaginale, mais six semaines après il y eut encore suppuration.

La malade était encore en traitement au moment où paraissait cette observation.

OBSERVATION XXI

(Résumée)

Kyste dermoïde de l'ovaire. Dystocie. Forceps.

GUICHARD (*Annales de Gynécologie* 1886).

Femme de vingt ans enceinte est examinée par le docteur Guichard qui trouve un kyste dermoïde développé dans l'excavation.

L'accouchement nécessite une application de forceps, à la suite de laquelle le kyste devint le siège d'accidents inflammatoires compliqués de pelvi-péritonite.

Deux ans après l'accouchement, la malade ayant eu plusieurs rechutes, on tente une ponction vaginale qui retire un litre et demi de liquide.

L'état ne s'améliore pas, alors laparotomie, pendant laquelle on retire de la tumeur, des masses de graisses, des poils, etc...

Drainage, suppuration.

Six mois après la malade était complètement guérie.

OBSERVATION XXII

(Résumée)

**Dystocie causée par un kyste dermoïde de l'ovaire droit.
Forceps.**

TREUB (*Annales de Gynécologie*, 1898).

Accouchement laborieux, prolongé par suite de la présence d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit.

La tumeur prédominait fortement vers le vagin, refoulant la paroi vaginale postéro-latérale droite.

Forceps. Au cours de l'extraction qui fut pénible, la tumeur s'échappa par le vagin.

C'était une tumeur dermoïde. Guérison, après suites de couches un peu troublées.

OBSERVATION XXIII

(Résumée)

Petit kyste de l'ovaire ayant nécessité une application de forceps pour l'accouchement.

GOTTSCHALK (*Klin. : Woch.* .. p. 480. 31 mai 1837).

Femme de 40 ans, restée 13 ans stérile devient enceinte.

L'accouchement ne put être terminé que par une application de forceps Suites de couches apyrétiques, mais avec phénomènes péritonitiques.

Neuf semaines après, nouveaux signes de péritonite et douleurs abdominales très vives survenant brusquement.

On diagnostique un kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Laparotomie. Adhérences très fortes du kyste avec les organes voisins. Extirpation du kyste. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XXIV

(Résumée)

Kyste pelvien de l'ovaire. Réduction spontanée pendant le travail. Application de forceps (PINARD).

COCARD. (*Thèse de Paris*, 1896. Obs. XXXIV.)

Femme examinée le 12 juin par M. le docteur Pinard qui constate que le fœtus est repoussé en avant par une tumeur qui siège à gauche, et qui encombre le cul de sac postérieur du vagin. Le docteur Pinard conclut à un kyste de l'ovaire.

Un mois plus tard la femme entre en travail ; dès les premières douleurs, le kyste remonte et l'utérus tend à descendre dans l'excavation ; ce mouvement d'ascension du kyste s'accroît à mesure que la tête descend.

Les bruits du cœur devenant irréguliers, on fait une application de forceps qui amène un enfant mort ayant autour du cou un double circulaire très serré.

Durée du travail 22 heures.

OBSERVATION XXV

(Résumée)

**Kyste dermoïde de l'ovaire compliquant la grossesse.
Forceps. Issue de la tumeur par le rectum.**

Observation de MALLAM (Prior). Nouvelles archives de *Gynécologie et d'obstétrique* 1888. Rép. : 1888.

Femme tertipare. Ses deux premières couches furent normales.

A la grossesse actuelle, on trouve dans le septum recto-vaginale une tumeur assez volumineuse pour empêcher la descente de la tête.

Application de forceps qui détermine l'issue de la tumeur par le rectum.

Cette tumeur contenait du liquide séreux et des cheveux.

OBSERVATION XXVI

(Résumée)

**Kyste de l'ovaire compliquant le travail. Forceps.
Issue de la tumeur par le rectum.**

Observation de PEVITSKY, G. Saint-Petersbourg.

Femme de 24 ans atteinte de kyste dermoïde de l'ovaire droit.

Cette femme a eu deux grossesses précédentes qui se sont terminées par deux fausses couches.

Sa grossesse actuelle est à terme, mais l'engagement de la tête est entravé par la tumeur.

Application de forceps qui amène enfin la tête au détroit inférieur ; mais la tumeur fait saillie à l'anus, après avoir rompu la paroi rectale ; elle est vidée, et le fœtus est expulsé alors facilement ; mais il est mort.

Le kyste est alors extirpé, le rectum recousu.

Une grave hémorrhagie se produit pendant la délivrance.

La malade succombe 33 heures après de péritonite pelvienne.

OBSERVATION XXVII

(Résumée).

Kyste dermoïde. Forceps. Issue de la tumeur par le rectum. Guérison.

DEWAR, (1894. Lancet (London).

Le 18 juillet, je fus appelé par une sage-femme pour l'assister dans un accouchement. La parturiente était en travail depuis douze heures, et dans les trois dernières heures aucun progrès n'avait eu lieu. C'était sa sixième grossesse, et elle souffrait de violentes douleurs dans le bas-ventre depuis plusieurs mois.

A l'examen, on trouve une présentation normale, mais au-dessous de la tête, dans le cul de sac postérieur du vagin, on sentait une tumeur qui devenait tendue pendant les douleurs.

Par le toucher rectal on ne sent rien. La tête étant bien descendue et la tumeur étant la cause évidente du retard, je donnai le chloroforme, et appliquai le forceps sans résultat.

Un confrère appelé fit une nouvelle application avec un long forceps et fut plus heureux.

Immédiatement après la sortie de la tête, une tumeur suspendue par un long pédicule sortait par le rectum. La fin du travail fut normale. La tumeur dure et ferme était attachée par un long pédicule qui fut lié et coupé.

Pendant six semaines, l'accouchée souffrit d'une péritonite subaiguë; de temps en temps débâcles de diarrhée avec débris de tissus. Pas de douleurs violentes, sauf le second jour après l'accouchement.

Six semaines après la malade put se lever, et la guérison se fit lentement sans aucune suite fâcheuse.

A l'examen, la tumeur pesait une demie-livre. C'était un kyste dermoïde contenant des cheveux mélangés avec une matière épaisse et crèmeuse.

L'auteur pense que c'était un kyste dermoïde de l'ovaire qui était tombé dans le cul de sac de Douglas

Ne trouvant aucune issue lorsque la tête descendait elle dut se frayer une voie à travers la paroi antérieure du rectum.

OBSERVATION XXVII

(Résumée).

Péritonite et mort par rupture d'un kyste dermoïde chez une femme en couches. Forceps.

Observation du docteur TISON relatée dans la thèse de Derien.

La nommée L...., âgée de 34 ans, est amenée à l'hôpital Saint-Joseph le 16 mars 1892. Quatre jours auparavant, le 12 mars, cette femme entre en travail ; la sage femme constate une procidence du cordon ; des tiraillements répétés sur ce cordon en amènent la rupture, et le médecin appelé parvint à extraire par le forceps un enfant mort.

Le lendemain une péritonite se déclare, et deux jours après, l'état de la malade ne s'améliorant pas, on la fait rentrer à l'hôpital où le diagnostic de péritonite est confirmé.

Par la palpation, on trouve dans la fosse iliaque gauche une tumeur douloureuse, de consistance ferme et de la grosseur du poing. On pense alors à un phlegmon du ligament large ou à un enkystement de la péritonite.

Après un mieux momentané, la malade s'affaiblit de plus en plus et succombe le 18 mars au matin.

Autopsie. On trouve le péritoine rempli d'un liquide jaunâtre épais ; et en soulevant les intestins, on trouve de nombreux poils dans ce liquide.

On ne tarde pas à reconnaître que cette substance épaisse est de la matière sebacée provenant de la rupture d'un kyste dermoïde situé dans l'ovaire gauche.

Ce kyste s'était rompu par son extrémité, et l'ouverture est assez grande pour permettre l'introduction de quatre doigts de la main.

Son intérieur est rempli de matières sebacées et de poils ayant l'apparence de cheveux. Au moment de l'autopsie, le kyste renfermait encore la moitié de son contenu.

OBSERVATION XXIX

(Très résumée).

Kyste de l'ovaire. Dystocie. Forceps.

BARTLETT, J. (Obstet. Gaz. Cincin. 1886).

Il s'agit d'un kyste de l'ovaire compliquant le travail. Le docteur *Clark* appliqua un forceps ancien modèle pour hâter l'expulsion du fœtus, mais il ne put réussir. *Bartlett* avec son forceps fut plus heureux. La sortie du fœtus fut suivie de l'issue d'un kyste dermoïde de la grosseur du poing.

OBSERVATION XXX.

(Résumée).

Kyste de l'ovaire compliquant grossesse. Version.

ROSNER (Gynécologie, 1895).

Femme entre en travail. Présentation du siège. Tétanisme utérin. Version. Enfant mort. Femme succombe à une péritonite septique. Autopsie permet de constater un cysto-adénome de l'ovaire gauche.

OBSERVATION XXXI

(Résumée).

Kyste enclavé. Travail. Version. Décollation par suite des tractions. Mort de la mère.

LOMER.

Femme âgée de 21 ans, secondipare; accouchée un an auparavant d'un fœtus mort et macéré.

Depuis cet accouchement présente des douleurs dans le côté droit.

Pour cette seconde grossesse, les douleurs débutent avant terme ; au bout de quatre jours, l'orifice du col qui est situé très haut est dilaté comme une pièce de deux francs.

Le médecin appelé pose le diagnostic de rétrécissement du bassin.

Par suite de l'amincissement du segment inférieur de l'utérus, la rupture de la poche des eaux a lieu.

On fait plusieurs tentatives infructueuses d'abaissement d'un pied.

Procidence du cordon. Mort de l'enfant. Le lendemain le col étant dilaté ; *version* sous le chloroforme ; arrachement de la tête au moment de l'extraction ; collapsus, fièvre ; mort trois heures après.

Autopsie :

On trouve une tumeur ovarique du volume d'une tête d'enfant profondément enclavée dans le cul de sac de Douglas. Cette tumeur est adhérente aux parties voisines et parsemée d'épanchements sanguins récents.

Pas de rupture utérine ; pas d'épanchement dans la cavité abdominale.

Lomer attribue la mort à l'intoxication par les ptomaines.

OBSERVATION XXXII

(Résumée)

Kyste de l'ovaire. — Dystocie. — Opération de Porro.

STAUDE (*Zeits : f. Geburt. U. Gynæck*).

(CITÉ PAR MAC KERRON).

Il s'agit d'un kyste ovarique qui, après 72 heures de travail et d'inutiles essais de refoulement, nécessita l'opération césarienne. L'inertie utérine décida à enlever en même temps l'utérus et les annexes, l'autre ovaire ayant été trouvé de la grosseur d'une pomme. L'enfant vécut ; la mère eut une bonne convalescence.

OBSERVATION XXXIII

(Résumée)

Kyste de l'ovaire compliquant grossesse. Opération de Porro. Guérison.

Observation du Docteur DEBAISIEUX. Congrès de Gynécologie et d'obstétrique
de Bruxelles, 17 septembre 1892.

Femme de 40 ans atteinte depuis deux années environ d'une tumeur prise pour un fibrome de la matrice.

Devenue enceinte et le travail ayant débuté à terme, M. le docteur Debaisieux estimant l'accouchement par les voies naturelles impossible pratiqua l'opération de Porro.

Au lieu d'un fibrome utérin, il constata un kyste de l'ovaire qu'il enleva. Traitement des deux pédicules kystique et utérin par la méthode de Mikuliez.

Hémorrhagie secondaire, due sans doute à la section trop rapide par le lien élastique, vers le quinzième jour, et qui se traduisit par une collection fluctuante dans le cul de sac de Douglas.

Ponction évacuatrice par le rectum et guérison.

OBSERVATION XXXIV

(Résumée)

Kyste de l'ovaire. Suppuration. Opération césarienne.

ROBSON : British Medical journal, 23 octobre 1896.

Dans ce cas il s'agissait d'une tumeur kystique liquide. L'opération fut faite à terme, mais avant le début du travail à cause de la suppuration du kyste et de la haute température. La femme était dans un état de faiblesse très grande. On trouva derrière l'utérus un abcès abdomino-pelvien rempli de pus.

L'enfant vécut et la guérison de la mère fut complète.

(Cité par Mac-Kerron).

OBSERVATION XXXV

(Résumée)

Kyste de l'ovaire. Grossesse à terme. Opération césarienne. Succès complet (Pinard).

COCARD. Thèse de Paris 1897. — Observation XXXVIII.

Femme secundipare.

Premier accouchement cinq ans avant à terme.

Reentre à Baudelocque le 16 février 1891; enceinte depuis le mois de septembre 1890.

Le docteur Pinard formule le diagnostic de grossesse avec hydro-pisie de l'amnios et tumeur juxta utérine assez volumineuse pour gêner l'accouchement.

En raison du volume de la tumeur, on ne peut pas tenter le refoulement au-dessus du détroit supérieur.

La femme entre en travail le 18 juin, le docteur Pinard lui enlève alors l'utérus et une tumeur de l'ovaire pesant 883 grammes.

Enfant vivant pesant 3^k370 grammes. Le 22 juillet la mère sort très bien guérie.

OBSERVATION XXXVI

(Résumée)

Kyste du cul de sac de Douglas, pris pour fibrome. Opération césarienne.

ROSNER (Gynécologie 1895).

Il s'agit d'une malade chez laquelle on pratiqua la section césarienne pour une tumeur considérée comme un fibrome retro-cervical.

Enfant vivant, mère succomba à une péritonite septique.

A l'autopsie, on trouva un kyste de l'ovaire enclavé dans le cul de sac de Douglas.

OBSERVATION XXXVII

(Très résumée)

Kyste dermoïde. Dystocie. Opération césarienne et ablation de la tumeur.

BOXALL (*Trans obst. soc. of London*, 1897.)

Opération césarienne pratiquée au huitième mois de la grossesse pour un kyste dermoïde de l'ovaire.

OBSERVATION XXXVIII

(Très résumée)

Kyste de l'ovaire. Ovariectomie.

H. Spencer (*Med. Press. and. Circular*, 12 janvier 1898).

Il s'agit d'un kyste dermoïde ovarien causant de l'obstruction au moment du travail, et pour laquelle il pratiqua l'ovariectomie pendant le travail.

OBSERVATION XXXIX

(Résumée)

Kyste dermoïde de l'ovaire. Ovariectomie.

CHRISTOPHER MARTIN (*The British Medical Journal*, Janvier 1898.)

Femme mariée âgée de 28 ans, secondipare. Premier accouchement nécessita la craniotomie. Deuxième accouchement fut provoqué. A la suite, laparotomie par M. Lawson Tait, qui trouva un kyste dermoïde de l'ovaire collé à la face postérieure du segment inférieur de l'utérus. Guérison.

OBSERVATION XL

(Résumée)

**Kyste dermoïde compliquant le travail. Ovariectomie.
Forceps.**

HERBERT-SPENCER. (*Trans. of the Obstetrical Society of London.*

Janvier 1897, p. 14).

Secondipare de 20 ans.

Premier accouchement normal

Seconde grossesse compliquée par volumineuse tumeur dermoïde
incarcérée dans l'excavation.

Tentatives infructueuses de refoulement.

Ovariectomie.

Accouchement terminé au forceps.

Suture de la paroi abdominale.

L'opération entière dura 28 minutes.

OBSERVATION XLI

(Résumée)

Kyste de l'ovaire. Ovariectomie abdominale.

Sir John Williams (Cavendish Lecture 1897).

L'auteur croyant à une grossesse extra-utérine, fit la laparotomie mais à l'ouverture du ventre, il s'aperçut que le fœtus était dans l'utérus et qu'un kyste de l'ovaire occupait le petit bassin. La tumeur ne put être enlevée qu'après avoir été vidée par le vagin. Les douleurs d'expulsion commencèrent sitôt après, et onze heures plus tard l'accouchement fut terminé par le forceps. Enfant mort. Mère vivante avec heureuse convalescence.

OBSERVATION XLII

(Résumée.)

Ovariectomie abdominale.

Sir John WILLIAMS (loc. cit.).

Il sagissait d'un kyste à contenu colloïde qui était situé dans le côté droit du petit bassin et refoulait la tête vers la fosse iliaque gauche. La malade avait déjà subi 4 ans auparavant une ovariectomie. Cette fois-ci l'opération fut faite peu d'heures après le début du travail et l'accouchement fut terminé par le forceps six heures plus tard. Enfant vivant. Mère bien portante.

OBSERVATION XLIII

(Résumée.)

**Grossesse, accouchement à terme ; kyste dermoïde
suppuré ; laparatomie ; guérison.**

OBSERVATION DU DOCTEUR BOUILLY.

(La Gynécologie. Juin 1896. Observation VII).

Madame X... 36 ans a eu 3 grossesses normales.

En avril 1895, elle redevient enceinte pour la quatrième fois ; les premiers temps de sa grossesse se passèrent bien ; mais au mois de novembre, elle fut prise d'une crise abdominale très douloureuse qui fut considérée comme une colique néphrétique.

Elle accoucha à terme et facilement le 9 janvier 1896 ; ses suites de couches furent normales ; et elle put se lever vers la fin de janvier.

Mais dès le commencement de février, sans douleur, sans cause apparente, sa santé s'altéra rapidement : elle fut prise d'un mouvement fébrile continu.

Le docteur Bouilly appelé trouva une tuméfaction dans le cul de sac

de Douglas ; tuméfaction complètement indépendante de l'utérus, fluctuante, avec une paroi épaisse.

Il porte le diagnostic de kyste de l'ovaire suppuré, l'extrait à l'aide d'une laparotomie ; à la suite de laquelle la malade fut guérie au bout de trois semaines.

OBSERVATION XLIV

(*Très résumée*)

Kyste de l'ovaire. Ovariectomie par voie vaginale. Incision abdominale.

Rubeska (*Monatschrift. f. Geburt. A. Gynæk*) 1895.

Femme septipare. Refoulement infructueux. Ovariectomie vaginale complétée par une petite incision abdominale pour sectionner les adhérences supérieures de la tumeur.

Il s'agissait d'un kyste contenant 3 litres de liquide purulent. Le travail avait duré 26 heures.

La mère et l'enfant furent sauvés.

OBSERVATION XLV

(*Résumée*)

Kyste de l'ovaire. — Tentatives infructueuses de refoulement. — Ovariectomie par voie vaginale. — Forceps.

(Staudé, *Zeitsch. f. Geburt u. Gynäk*, 1895).

C'est le cas d'une multipare ayant un kyste de l'ovaire qu'on ne put refouler. La ponction, puis une petite incision, ne purent suffirent à le diminuer ; il restait encore gros comme les deux poings. L'extirpation fut effectuée, mais la descente de la tête ne laissa pas terminer la suture de la plaie vaginale et l'accouchement fut terminé au forceps. Mère et enfant vivants.

OBSERVATION XLVI

(Résumée)

Ovariectomie par la voie vaginale.

Rapin et Ceresole. (Revue médicale de la Suisse).

Cette observation a trait à une tumeur adeno-kystique de l'organe de Rosenmüller. Le refoulement fut essayé sans succès. La ponction ne donna issue qu'à du sang. Une incision vaginale fut faite et par cette voie on vit faire saillie la tumeur qu'on enleva après ligature de son pédicule.

L'enfant extrait au forceps après 16 heures de travail était vivant. La mère guérit.

En terminant, citons brièvement quelques autres observations, en nous bornant à leur titre.

OBSERVATION XLVII

Lohlein. — Réduction manuelle d'un kyste de l'ovaire pendant l'accouchement. Succès.

(Annales de Gynécologie, 1897).

OBSERVATION XLVIII

Woss. — Case of dermoïd cyst obstructing labor.

(Intercolon, Q. J. M. Melbourne, 1884).

OBSERVATION XLIX

Breed. — Kyste ovarien compliquant grossesse.

(Annals of Gynäk and pediatry, décembre 1895).

OBSERVATION L

Gow W. J. — The after history of a case where a dermoid tumour of the ovary obstructed labour.

St-Bartel, Hosp. J.

London, 1896-1897.

OBSERVATION LI

Spencer. — Travail retardé par un kyste dermoïde ovarien, ovariotomie pendant le travail.

Trans. of Soc. Obst. London, 1897.

OBSERVATION LII

Spencer. — Kyste dermoïde empêchant le travail, élévation manuelle, ablation 7 mois après.

Trans. Obst. Soc. of London.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs de l'ovaire constituent par leur présence dans le petit bassin, au moment du travail, une cause de dystocie sérieuse.

2° La précocité du diagnostic augmente beaucoup les chances de salut pour la mère et l'enfant.

3° Trop compter sur l'expulsion spontanée est une faute que l'on doit s'efforcer d'éviter.

4° Avant toute autre tentative, même dans les cas où l'accouchement paraît devoir s'effectuer facilement, il faut essayer le refoulement de la tumeur sans brusquerie et sans prolonger les essais.

5° Lorsque, après insuccès du refoulement, le travail ne paraît pas devoir se terminer rapidement et aisément, il faut effectuer sans attendre l'intervention que dicte la nécessité ou seulement la prudence. Tout retard accroît les difficultés et la gravité du procédé employé.

6° La ponction rendra de grands services dans les cas de tumeurs uniloculaires et nettement liquides.

7° L'incision, qui a pu avoir de bons effets en certaines circonstances, doit être prudente et réservée, vu les dangers d'infection pendant la fin du travail et les suites de couche.

8° Le forceps et la version doivent être rejetés en tant que traitement isolé : combinés avec une autre intervention, ils peuvent rendre quelques services pourvu que les manœuvres soient prudentes, faciles et de courte durée.

9° La craniotomie, dont l'utilité peut être discutée en cas de mort du fœtus, est soumise aux mêmes réserves que le forceps et la version,

10° Si les moyens précédents paraissent devoir être insuffisants ou difficiles, il ne faut pas hésiter à pratiquer la laparotomie.

11° Dans ce cas, l'ovariotomie abdominale ou l'opération césarienne, ou l'opération de Porro, devront être effectuées selon les indications fournies par la nature de la tumeur et l'état de la femme, et la vie de l'enfant.

12° En pratique, certaines circonstances spéciales pourront faire adopter l'ovariotomie vaginale comme procédé de choix. Elle a fourni parfois de très heureux résultats.

Vu le candidat.

Le Président de la thèse,

DONATIEN JALABER.

D^r F. GUYON.

Vu le Doyen :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- NOLTING . . — Thèse de Berlin : Grossesse et Accouchements compliqués de tumeurs ovariennes. 1884.
- BARTLETT. . . — Annales de Gynécologie. Septembre 1886.
- FOCHIER. . . — Lyon médical. 4 Juillet 1886.
- GUICHARD. . . — Annales de Gynéc. 1886.
- PORAK. . . — Dystocie par kystes de l'ovaire N. Arch. d'Obst et Gynéc. 1886.
- RÉMY. . . . — De la Grossesse compliquée de kyste ovarique. Thèse d'agrégation. Paris. 1886.
- MALLAM (Prior). — Nouvelles Archives de Gynéc. et d'Obst. 1888.
- TERRILLON ET VALAT. — Archives de Tocologie. 1888.
- ACCONCI. . . — Kystes de l'ovaire dans leurs rapports avec les fonctions de la génération. Thèse de 1890.
- CHARLEONI. . — Revista d'Obstet e Gynecol. 1890.
- HIRST. . . . — Méd. News. Philadelphia (Juillet 1890).
- LOMER. . . . — Centralblatt für gynec : (1890 n° 42).
- NAUMANN. . . — Hygica. Stockolm. 1890.
- DEBAISIEUX. — Congrès de Gynéc. et d'Obst. Bruxelles 17 sept 1892.
In Ann. Gynec : et Obst. (novembre 1892).
- DUCHESNEAU ET LOISEAU. — Archives de Tocologie. 1892.
- FRITSCH. . . — Traité clinique des opérations obstétricales. 1892.
- LEPAGE ET PINARD. — Fonctionnement de la maison d'accouchements de Baudelocque. 1892.
- POTHERAT. . — France médicale. 25 mars 1892.
- FISCHER. . . — Prayer : Méd. : Wöch : 1893.

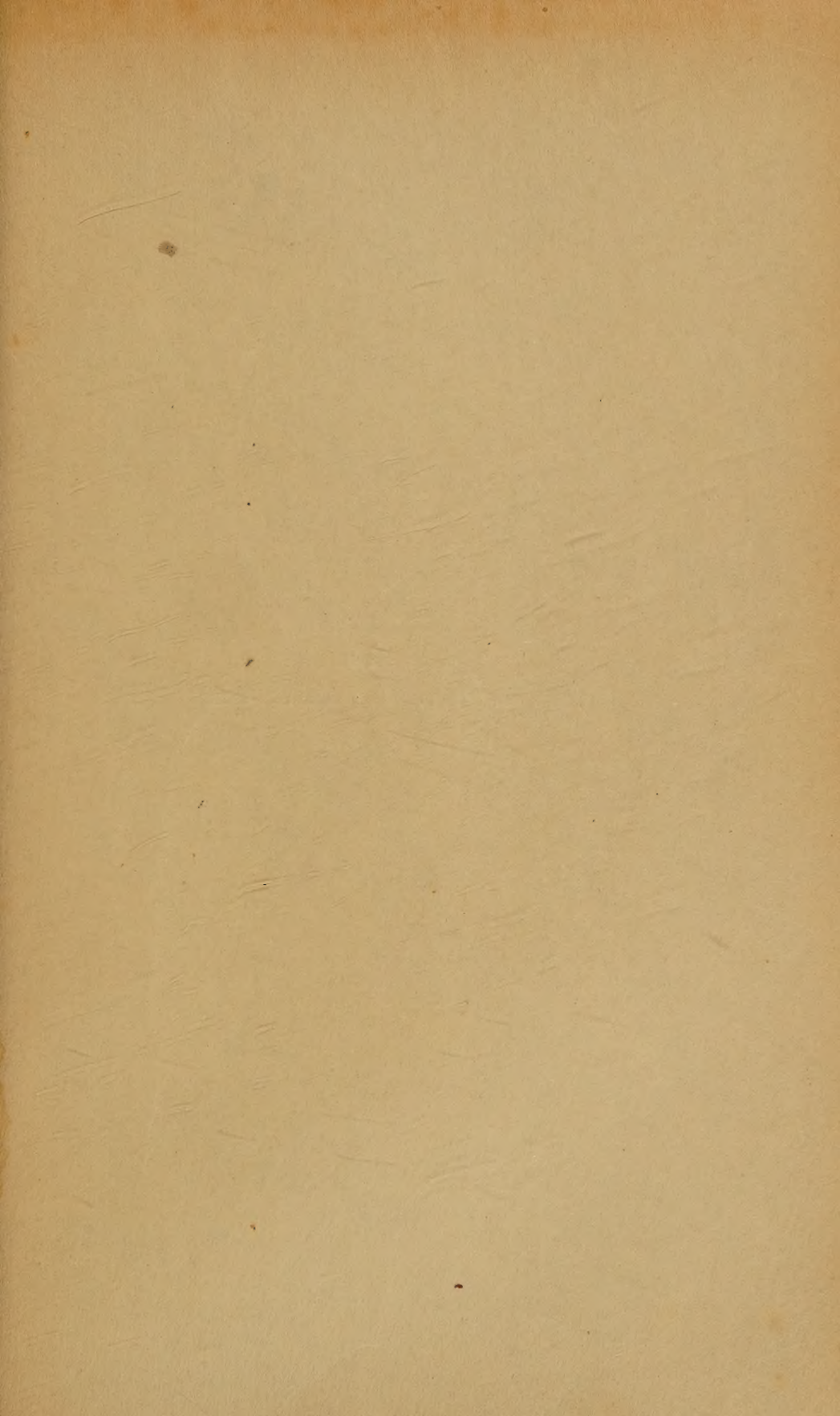
- KRIMER (M^{lle}). — Thèse de Paris. 1893.
- LAWRENCE. . — Nouvelles Archives de Gynéc. et d'Obst : 1893.
- PORAK. . . . — Bulletin Soc. Obst : de Parco. 1893.
- SPENCER (Herbert). — British Méd. J. 16 juin 1893.
- VINAY. . . . — Nouvelles Archives de Gynécologie et d'Obstétrique,
1893.
- CONDAMIN. . — Archives de Tocologie, 1894. Lyon médical, 28
janvier 1894.
- DEWAR. . . — Lancet. London.
- FLAISCHLEN. — Ztehr : J. Geburtsh : ur : Gynäk : Stugg. 1894.
- LAURENCE. . — Rapport du docteur Pinard sur l'observation du
docteur Le Roy des Barres.
(Bulletin de l'Acad. de Méd. : 1^{re} série, p. 147).
- PINARD. . . — Bull. de l'Acad. de Méd. 1894.
- SANDERSON. — British Med. Journal. 1894.
- VINAY. . . . — Traité des maladies de la grossesse, 1894. Amer.
- HIRST. . . . — Journ. ol Obstet, août 1895.
- MACKS. . . . — Monatsschrift, 1895.
- MERKEL. . . — Munch méd. : Woch. 1895.
- ROSNER. . . — In Gynécologie, 1895.
- RUBESCA. . . — Monatsschrift Berlin, 1895.
- STAUDE. . . — Monatsschrift f. Geburth in Gynäk : Berlin, 1895.
- BACOU. . . . — J Amer : méd. : Ass. 12 septembre 1896.
- BOUILLY. . . — Suppuration des kystes de l'ovaire (Gynécologie
Juin 1896.
- COCARD. . . — Thèse de Paris. 1896.
- DAGINCOURT. — Clinique française. Janvier 1896.
- DUJARDIN. . — Thèse de Lille. 1896.
- HOLH. . . . — In Arch. Gynœkt. 1896.
- MAUGIN. . . — In Gynécologie. 1896.
- MORSE. . . . — Trans : of the Obst. Soc. of London : 1896.
- PEVITSKY. . — G. St-Petersbourg. 1896.
- RIBEMONT DESSAIGNES ET LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- SEGOND. . . — Traité de chirurgie (Duplay et Reclus).
- GOTTSHALK. . — Berlin Klin : Woch : 1897.
- LOENNGVIST. — Finska. Sahar. Handlengar. 1897.

- MAC-KERRON. — The obstruction of labour by ovarian tumours in the pelvis (1897-1898).
- SCHWARTZ (F). — Pest : Med : Chirur : Presse : Budapesth. 1897.
- SCHWARTZ (Ed.). — Annales Gynécologie. 1897.
- HERBERT-SPENCER. — Kyste dermoïde compliquant le travail.
Trans : of the obst : soc : of London. Janvier 1897.
- TISSIER. . . — Bulletin et Mémoire de la Société d'Obst. de Paris.
- WILLIAMS (John). — British medical Journal, 10 juillet 1897.
- CLEVELAND.. — Gynécologie, 15 juin 1898.
- FINAZ (A). . . — Semaine Gynécolog. 10 mai 1898.
- MIGNARD. . . — In Revue Internationale de Médecine et de Chirurgie (Proust-Budin).
- MAYGRIER. . . — Traité d'accouchement des professeurs Tarnier et Budin.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de Gynécologie.
- TREUB. . . . — Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gynéc. de Paris, 1898.
-

TABLE

TABLE

DÉDICACES.	3
AVANT-PROPOS.	9
I. — Considérations générales.	11
II. — Historique.	14
III. — Notions anatomo-pathologiques sur les kystes de l'ovaire situés dans le petit bassin.	17
IV. — Fréquence des kystes de l'ovaire constatés pendant le travail.	20
V. — Diagnostic.	22
VI. — Influencé des tumeurs ovariennes pelviennes sur le travail ; marche et terminaison de l'accouchement.	25
VII. — Conduite à tenir pendant le travail, choix de l'intervention.	38
VIII. — Délivrance et suites de couches.	62
OBSERVATIONS.	65
CONCLUSION.	97



VANNES

IMPRIMERIE LAFOLYE, 2, PLACE DES LICES.
